

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1955-1956 — N° 233

L'ULCÈRE RÉCIDIVANT POST-OPÉRATOIRE
(ETUDE DE 125 CAS)

La vagotomie constitue-t-elle un progrès
thérapeutique ?

Travail de la Clinique Chirurgicale A

Directeur : PROFESSEUR SANTY

T H E S E

présentée

à la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Lyon
et soutenue publiquement le 15 Novembre 1955
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

GARDE JEAN

Interne des Hôpitaux de Lyon

Né le 11 Janvier 1926

à GRENOBLE

L'ULCERE RECIDIVANT POST-OPERATOIRE

(ETUDE DE 125 CAS)

LA VAGOTOMIE CONSTITUE-T-ELLE

UN PROGRES THERAPEUTIQUE ?

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1955-1956 — N° 233

L'ULCÈRE RÉCIDIVANT POST-OPÉRATOIRE

(ETUDE DE 125 CAS)

La vagotomie constitue-t-elle un progrès
thérapeutique ?

Travail de la Clinique Chirurgicale A

Directeur : PROFESSEUR SANTY

T H E S E

présentée

à la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Lyon

et soutenue publiquement le 15 Novembre 1955

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

GARDE JEAN

Interne des Hôpitaux de Lyon

Né le 11 Janvier 1926

à GRENOBLE



FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen Honoraire	M. J. LEFINE
Doyen	M. H. HERMANN
Assesseur	M. J. GATE

Professeurs Honoraires

MM. NICOLAS, COLLET, CLUZET, BERARD, GUIART, PIERY, CADE, PATEL, LEFINE, SAVY, TRILLAT, LERICHE, MOURIQUAND, MAZEL, LEULIER, GARIN.

Professeurs

Clinique médicale A	MM. FROMENT
Clinique médicale B	P. RAVAUULT
Clinique chirurgicale A	SANTY
Clinique chirurgicale B	WERTHEIMER
Clinique ophtalmologique	BONNET
Clinique urologique	CIBERT
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	DUFOURT
Clinique dermatologique et syphiligraphique	GATE
Clinique neuro-psychiatrique et hygiène mentale	DECHAUME
Clinique des maladies infectieuses et bactériologie	SEDALLIAN
Clinique de chirurgie orthopédique et chirurgie infantile	GUILLEMINET
Clinique gynécologique	POLOSSON
Clinique obstétricale	PIGEAUD
Clinique stomatologique	DUCLOS
Clinique médicale infantile et hygiène du 1 ^{er} âge	BERNHEIM
Clinique oto-rhino-laryngologie	MAYOUX
Physiologie	HERMANN
Anatomie pathologique	J.F. MARTIN
Physique biologique, radiologie et physiothérapie	PONTHUS (détaché à Beyrouth)
Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire	ROCHET
Chimie organique et toxicologie	CHAMBON
Pathologie générale et expérimentale	JOSSE RAND

Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale

DELORE
GABRIELLE
CROIZAT
ENSELME
MALLET-GUY
NOËL
REVOL
BOURRET
LEVRAT
SOHIER
JOURDAN
NETIEN
BERTRAND
BADINAND
DREVON
ROCHE
X...

Anatomie

Pathologie interne

Chimie biologique et médicale

Pathologie chirurgicale

Histologie

Pharmacie galénique et matière médicale

Médecine du travail

Thérapeutique

Hygiène et action sanitaire et sociale

Biologie médicale et pharmacodynamie

Botanique et cryptogamie

Propédeutique chirurgicale

Chimie analytique pharmaceutique

Pharmacie et pharmacologie

Médecine légale et déontologie

Parasitologie et pathologie exotique

Professeurs titulaires sans chaire

Obstétrique

MM. BANSSILLON

Physique biologique

BERGER

Maîtres de conférences agrégés

Parasitologie

MM. ROMAN

Parasitologie

COUDERT

Physiologie

CIER J.-F.

Physiologie

CHATONNET

Chimie biologique et médicale

CREYSSSEL R.

Bactériologie

BERTOYE A.

Pharmacie galénique et matière médicale

DORCHE

Anatomie

DUROUX

Pharmacie et pharmacologie

CIER A.

Hygiène

BENAZET

Anatomie pathologique

FEROLDI

Chimie organique et toxicologie

PERROT

Agrégés en exercice

Pathologie médicale

MM. GALY

— —

GONIN

— —

GUINET

— —

PONT

— —

VIGNON

— —

REVOL

— —

TRAEGER

Pathologie chirurgicale

— —
— —
— —
— —
— —
— —

MANSUY
DARGENT
GUILLET
MARION Pierre
MICHAUD
JAUBERT de BEAUJEU
SAUTOT

Ophtalmologie

PAUFIQUE

Obstétrique

—
—

MAGNIEN
MATHIEU J.
BURTHIAULT

Oto-rhino-laryngologie

Dermato-vénéréologie

Urologie

Neuro-chirurgie

Orthopédie

Stomatologie

Electro-radiologie

Pédiatrie et puériculture

Thérapeutique

Maladies infectieuses

GIGNOUX
THIERS
PERRIN
LECUIRE
MARION Joseph
FREIDEL
PAPILLON
FRANÇOIS
X...
X...

Chargé des fonctions d'agrégé

Médecine légale

M. COLIN

Chargés des fonctions de Maître de Conférences-agrégé

Histologie

Physique biologique

MM. DUMOND Louis
MORET

Examineurs de la Thèse :

Professeur	SANTY
Professeur agrégé	CREYSSEL
Professeur agrégé	PEYCELON
Professeur agrégé	CLAVEL



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MEMOIRE
DE MON GRAND ONCLE LE DOCTEUR HENRI GARDE
DE MON GRAND PERE FELIX DARDELET

A MON PERE

A MA MERE

Nous avons toujours essayé, surtout
au moment des longues séparations, de
suivre leur exemple. Nous souhaitons les
voir très vite installés définitivement près
de nous, en cette maison de la Monta qui
nous est si chère. Nous leur exprimons
notre affectueuse et profonde reconnais-
sance.

A MA FEMME

Nous lui dédions ce travail.

A MARIE-HELENE, XAVIER ET SABINE

A MES BEAUX PARENTS

A MA GRAND MERE

A MES SŒURS ET A MES FRERES

A MON ONCLE ROBERT DARDELET ET A MA TANTE

qui nous ont accueilli
comme leur deuxième fils

A TOUS MES ONCLES ET TANTES

tout particulièrement notre éditeur

A TOUS MES PARENTS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. SANTY

Professeur de Clinique Chirurgicale

Lors de sa visite en 1936 à Ismaïlia, nous étions évidemment loin de penser que nous deviendrions un jour son élève. Au cours d'un semestre d'Internat, nous avons pu admirer sa précision et sa rapidité de diagnostic, son activité et son habileté chirurgicales : prodiguant en outre, les leçons de son expérience, les moments passés auprès de lui sont riches d'enseignement. Il a bien voulu nous confier le sujet de cette Thèse et nous permettre de travailler dans son service. Nous lui en sommes infiniment reconnaissant et l'assurons de notre respectueuse admiration.

A NOS MAITRES ET JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEAN CREYSSSEL

Chirurgien des Hôpitaux

Hypo dans son Service de Porte, il nous a fait découvrir la Chirurgie, Interne dans son Service de Debrousse, nous avons alors pu apprécier son enthousiasme, son brillant enseignement et l'ambiance sympathique qu'il sait créer autour de lui. Nous le remercions de son accueil toujours bienveillant et sommes heureux de le compter aujourd'hui parmi nos Juges. Nous l'assurons de notre respectueux dévouement.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RENÉ PEYCELON

Chirurgien des Hôpitaux

Au cours d'un semestre d'Externat puis d'Internat dans son Service, nous avons été conquis par son dynamisme et sa virtuosité opératoire. De plus, sa cordialité, sa simplicité, nous font garder de ces moments, un excellent souvenir. Nous lui en sommes très reconnaissant, ainsi que d'avoir accepté de faire partie de notre Jury. Nous lui témoignons notre respectueux attachement.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHARLES CLAVEL

Chirurgien des Hôpitaux

Nous avons passé deux ans auprès de lui et il nous a initié à la Chirurgie. Ses indications opératoires basées sur le bon sens, son habileté, tout particulièrement en urgence, à exécuter rapidement les gestes minima et son constant enseignement nous ont beaucoup appris. Nous avons été très touché par son affectueuse sollicitude à notre égard. En le remerciant d'être notre juge, nous lui exprimons notre respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PALIARD
Médecin Honoraire des Hôpitaux

Nous ne pourrons jamais oublier les six mois pendant lesquels nous avons suivi son Service. Nous admirerons toujours l'étendue de ses connaissances, son expérience clinique, la rigueur de son diagnostic, son respect du malade et la force de son caractère.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PHILIPPE ROCHET

Nous gardons de notre premier semestre d'Internat passé dans son Service, un souvenir impérissable. Qu'il nous permette de lui exprimer notre respectueux attachement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE BERTRAND
Professeur de Propédeutique Chirurgicale

Nous avons le plaisir de terminer notre Internat dans son Service. Sa curiosité toujours en éveil, la minutie et l'élégance de ses interventions, son souci constant d'enseigner et l'affectueuse attention qu'il accorde à tous ceux qui l'entourent, nous ont séduit. Qu'il soit assuré de notre gratitude et de notre respectueux dévouement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEAN PERRIN

Nous avons apprécié ses qualités de précision et de prudence, sa gentillesse et sa simplicité. Nous lui témoignons toute notre reconnaissance.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ M. DARGENT
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ M. JEUNE
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. MARION
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ R. PEYCELON
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. RICARD
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ THIERS

Clinique de la Salette :

MONSIEUR LE DOCTEUR J. BARBIER, (in memoriam)
MONSIEUR LE DOCTEUR P. LAGEZE
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. GUICHARD
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ R. MAYOUX
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ Ch. CLAVEL

Internat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR Ph. ROCHET
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. PERRIN
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. CREYSSSEL
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ Ch. CLAVEL
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ R. PEYCELON
MONSIEUR LE PROFESSEUR P. SANTY
MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BERTRAND

A NOS MAITRES DE LA FACULTE

Laboratoire d'Anatomie :

MONSIEUR LE PROFESSEUR GABRIELLE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ M. LATARJET

MONSIEUR LE DOCTEUR P. E. DUROUX

Laboratoire de Médecine Opératoire :

MONSIEUR LE PROFESSEUR Ph. ROCHET

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ R. LABRY

A NOS CONFERENCIERS DE CHIRURGICAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GEORGES GUILLEMIN
Chirurgien des Hôpitaux

Les circonstances ont fait que nous n'avons profité de son enseignement théorique que peu de temps. Mais nous tenons à le remercier de celui qu'il nous dispense à chaque occasion au chevet des malades et en salle d'opération. Nous lui sommes vivement reconnaissant de la sympathie qu'il nous a toujours témoignée.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MICHEL LATARJET
Chirurgien des Hôpitaux

Bien avant de nous retrouver chaque semaine et d'apprécier la clarté et la précision de son enseignement, nous avions eu le plaisir de travailler avec lui. En maintes circonstances, il s'est intéressé à nous. Nous lui exprimons notre profonde gratitude.

A NOS CONFERENCIERS D'EXTERNAT ET D'INTERNAT

MESSIEURS LES DOCTEURS J. GAILLARD et J. FAVRE-GILLY,
G. DEVIC et M. DENIS, J. SCHNEPP et M. LEHMAN.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ M. JAUBERT de BEAUJEU
Chirurgien des Hôpitaux

Il a bien voulu s'intéresser à ce travail et nous accorder un temps précieux. Nous le remercions de ses conseils.

A MES CAMARADES D'EXTERNAT ET D'INTERNAT

ET A TOUS MES AMIS.

INTRODUCTION

Notre étude peut paraître, à première vue, manquer d'originalité, tant les publications abondent sur l'ulcère récidivant post-opératoire qui est, certes, une complication rare, mais n'en demeure pas moins l'opprobre de la chirurgie gastrique pour ulcère. Lorsqu'à cause de lui, l'on en vint à jeter l'anathème sur la gastro-entéro-anastomose, la gastrectomie parut radicale. Cette intervention d'abord timide dans ses dimensions, puis de plus en plus étendue (des $\frac{2}{3}$, voire des $\frac{4}{5}$), donc plus mutilante, n'a pas fait disparaître, contrairement à toute attente, et, en dépit même d'exécution technique irréprochable, ce spectre de la récurrence; elle a, aussi, créé toute une nouvelle pathologie. Si bien que la vagotomie, «réinventée» par DRAGSTED apparut, surtout chez les Américains, tant pour la prévention que pour le traitement de l'ulcère récidivant post-opératoire, comme un nouvel espoir; mais là encore un recul d'au moins dix ans modère un enthousiasme que la vieille Europe observait avec une curiosité mêlée d'un certain scepticisme.

Et que penser de ce paradoxal retour à la gastro-entéro-anastomose que la résection vagale oblige d'effectuer ?...

Actuellement, donc, étudier l'ulcère récidivant post-opératoire remet pratiquement en question l'ensemble du traitement chirurgical de l'ulcère gastrique et surtout duodénal, et à ce sujet, l'accord des chirurgiens comme des médecins est loin d'être établi.

Aussi, notre but est-il de présenter, sous tous ses angles, une statistique des plus variées d'ulcères récidivants post-opératoires, d'en comparer les déductions avec celles d'autres travaux, de faire le point en ce milieu de 1955, du traitement curatif et préventif de cette complication.

Lorsque notre Maître, Monsieur le Professeur SANTY, nous confia les registres de son service et 34 observations personnelles, nous ne pensions pas être entraîné si loin. En effet, nous avons d'abord dépouillé les observations, les avons rapprochées de celles qui étaient déjà publiées (en particulier dans la thèse de CHAUDIRON, Lyon 1948, [52]), puis tenté dans le courant de mai 1955 de rejoindre les malades. (Nous remercions Madame Sœur

BANETTE et *Mademoiselle* d'EYSSAUTIER pour l'aide qu'elles nous ont apportée dans cette enquête). Les résultats de ces recherches furent l'objet d'une étude purement statistique, présentée dans notre Mémoire de Médaille d'Or. Ensuite, notre étude bibliographique nous a conduit à envisager non seulement l'ulcère récidivant post-opératoire proprement dit, mais le traitement chirurgical de la maladie ulcéreuse, puisqu'éviter la récurrence est pour la plupart des auteurs l'un des critères valables, même essentiel des multiples méthodes et techniques proposées à l'heure actuelle.

Une remarque qui d'emblée s'impose, concerne la dénomination de cette complication : en France, nous l'appelons « peptique » et MANHÈS, dans sa thèse (206) insistait déjà sur le fait que ce qualificatif, essentiellement pathogénique, n'implique en rien le siège iléal que l'on sous-entend habituellement.

Or, dans la littérature médicale mondiale, le mot peptique est associé à tout ulcère de localisation digestive, réaffirmant la pathogénie actuellement admise de la maladie: quant à la récurrence post-opératoire, les auteurs étrangers la désignent sous des vocables divers, se référant soit à son mode particulier d'apparition : récidivant, récurrent, post-opératoire ou post-anastomotique, soit à son siège : jéjunal, gastro-jéjunal ou marginal.

Ceci n'aurait aucune importance, si ces auteurs, écrivant en Français, à propos de l'ulcère gastro-duodénal en général, ne transcrivaient, selon leur habitude, le mot peptique, ignorant le sens restrictif que nous lui donnons, ou si des auteurs français, analysant des articles étrangers, ne se laissaient pas entraîner par le mot-à-mot, ajoutant encore à la confusion.

Aussi, sans avoir la prétention de rénover des usages, nous répondrons au vœu de MANHÈS, qui en 1925 proposait déjà avec X. DELORE de substituer au terme d'ulcère peptique post-opératoire celui « d'ulcère récidivant post-opératoire » (U.R.P.O.) terme plus général sans signification pathogénique ni topographique.

Nous définissons, donc, la complication qui nous occupe : « tout ulcère n'existant pas au moment de la première intervention et apparaissant plus tard en un point éloigné de la lésion primitive », ce qui permet aussi de distinguer les ulcères récidivants des ulcères persistants.

Notre étude aurait pu se limiter à un seul des aspects de la complication : l'ulcère récidivant après gastro-entéro-anastomose, l'ulcère récidivant après gastrectomie, l'ulcère multi-récidivant, l'ulcère récidivant après traitement de la perforation ulcéreuse, l'ulcère récidivant perforé, l'ulcère récidivant post-opératoire hémorragique, la fistule gastro-jéjuno-colique qui sont maintenant bien connus, et seule, l'incidence actuelle de la vagotomie aurait suffi à nous occuper.

Or disposant d'une statistique importante, il eut été dommage de méconnaître l'intérêt qu'elle présente par sa diversité. De plus, son échelonnement de juin 1934 à janvier 1955, témoigne de l'évolution des idées dans le traitement de l'ulcère récidivant post-opératoire et, indirectement, de la maladie ulcéreuse.

Après une rapide revue étiologique, pathogénique, et anatomo-clinique, nous pourrons donc voir quelle solution a été proposée à chaque ordre de problème et les résultats si difficiles à apprécier. Nous tenterons aussi de nous faire une opinion sur l'opportunité actuelle de la vagotomie dans le traitement chirurgical des ulcères.

PLAN DE CE TRAVAIL

I. - LES OBSERVATIONS.

II. - LES CIRCONSTANCES ETIOLOGIQUES DE L'ULCERE RECIDIVANT POST-OPERATOIRE.

- I) Fréquence.
- II) Délai d'apparition clinique.
- III) Terrain :
 - 1) âge;
 - 2) sexe;
 - 3) facteurs constitutionnel, familial, racial et social:
conditions alimentaires;
- VI) Données anatomiques concernant l'ulcère initial.
 - 1) siège;
 - 2) complications;
 - 3) réactions inflammatoires;

III. - PATHOGENIE DE L'ULCERE GASTRO-DUODENAL ET CAUSES D'ECHECS DES METHODES THERAPEUTIQUES.

- I) Etio-pathogénie de l'ulcère gastro-duodéal.
- II) Bases du traitement de l'ulcère gastro-duodéal.
- III) Résultats du traitement de l'ulcère et analyse des causes
d'échec :
 - 1) traitement médical;
 - 2) traitement chirurgical :
 - 1° méthodes indirectes,
 - A) abandonnées
 - B) adjuvantes
 - C) gastro-entéro-anastomose
gastrectomie pour exclusion et sous-ulcéreuse
neurotomie : sympathectomie et vagotomie
gastro-entéro-anastomose associée à la vago-
tomie.

2° méthodes directes,

A) abandonnées

B) gastrectomie

a) problème de l'étendue

b) problème du rétablissement de la continuité

c) résultats

C) gastro-duodénectomie associée à la vagotomie.

IV. - PATHOGENIE DE L'ULCERE RECIDIVANT POST-OPERATOIRE. ELEMENTS DE SON TRAITEMENT PREVENTIF

I) Les « interventions indésirables » dans le traitement primitif de l'ulcère.

II) La persistance des facteurs étiologiques dans la maladie ulcéreuse.

III) L'intervention initiale en poussée ulcéreuse.
Les interventions en plusieurs temps.

V. - CONSTATATIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES.

VI. - DONNEES CLINIQUES ET RADIOLOGIQUES. DIAGNOSTIC

VII. - TRAITEMENT ET RESULTATS

A) *Ulcère récidivant après Gastro-entéro-anastomose.*

1. - *Cas simples* classés d'après leur modalité thérapeutique

1. - Les gastrectomies

1°) utilisant la bouche de gastro-entéro-anastomose

a) Polya

b) Billroth II. - Résultats

2°) associées à une entérectomie

a) entérectomie au bouton avec gastrectomie à la suture. - Résultats.

b) entérectomie au bouton avec gastrectomie au bouton. - Résultats.

c) entérectomie à la suture avec gastrectomie au bouton. - Résultats.

3°) autres procédés. - Résultats.

2. - Interventions à minima. - Résultats.

3. - Gastro-entéro-anastomose + Vagotomie.
Résultats d'ensemble.

II. - *Les cas complexes.*

1. - Les ulcères multi-récidivants. - Résultats.

2. - Les fistules gastro-jéjuno-coliques. - Résultats.

Résultats globaux des ulcères récidivants après gastro-entéro-anastomose.

B) *Ulcère récidivant après gastrectomie.*

I. - Après gastrectomie d'emblée.

II. - Après gastrectomie suivant une suture isolée pour perforation.

Résultats.

C) *La vagotomie dans le traitement de l'ulcère récidivant.*

I. - Vagotomie seule.

1°) voie abdominale.

a) d'emblée pour ulcère récidivant

b) après d'autres interventions pour ulcère récidivant.

2°) voie thoracique après d'autres interventions pour ulcère récidivant.

II. - Vagotomie associée donc par voie abdominale.

1°) à la gastro-entéro-anastomose.

2°) à la gastrectomie.

a) d'emblée pour ulcère récidivant post-opératoire

b) après d'autres interventions pour ulcère récidivant post-opératoire. - Résultats.

D) *L'ulcère récidivant perforé.*

E) *L'ulcère récidivant hémorragique.*

VIII. - INDICATIONS THERAPEUTIQUES.

A) Ulcère récidivant après gastro-entéro-anastomose.

B) Ulcère récidivant après gastrectomie.

C) Ulcère récidivant perforé.

E) Fistule gastro-jéjuno-colique.

IX. - QUELQUES ASPECTS PARTICULIERS DE L'ULCERE RECIDIVANT.

A) Ulcère multi-récidivant.

B) Ulcère récidivant après perforation ulcéreuse.

C) Ulcère récidivant et cancérisation.

CONCLUSIONS.

I. - LES OBSERVATIONS

Un tableau les résume. Leur numéro d'ordre est chronologique, tenant compte de la date d'intervention pour ulcère récidivant post-opératoire faite par Monsieur le Professeur SEXTY ou dans son service. Ce mode de classement pour l'ensemble de la statistique à l'avantage :

— de permettre un rapprochement plus facile avec les observations déjà publiées,

— de montrer les possibilités de recul dans l'étude des résultats.

Nous rappelons le cas échéant les références des observations déjà publiées :

— Dans la thèse de CHAUDIRON (52) avec leur propre numéro accompagné de la lettre C;

— La lettre V indique que l'observation a déjà été publiée dans la thèse de VIALLARDON (302).

— Enfin un numéro entre parenthèse est celui de notre référence bibliographique correspondant à l'article où certaines des observations ont déjà été détaillées.

— Certaines d'entre elles, sont partiellement ou en totalité exposées dans ce travail : dans ce cas la référence de la page est donnée.

Nous avons été obligé d'employer de nombreuses abréviations :

a) pour le sexe et le siège de l'ulcère initial

H = homme	Du = duodénal	P.C. = petite courbure
F = femme	Py = pylorique	G.C. = grande courbure

b) pour les interventions

GEA = gastro-entéro-anastomose

S + GEA = suture pour ulcère perforé associée à gastro-entéro-anastomose

Et. GEA = élargissement de la bouche de gastro-entéro-anastomose

JJ = jéjuno-jéjunostomie à la Braun

G = duodéno-gastrectomie

B II B = Billroth II au bouton

B II S = Billroth II à la suture

E° = entérectomie : B.V. = au bouton de Villard

S = à la suture

R.L. = résection limitée

X = vagotomie : th = thoracique

abd = abdominale

SCT = suture du colon transverse

RCT = résection du colon transverse

c) pour l'étude des résultats

Certaines lettres rendent compte du moyen d'enquête :

Q = réponse au questionnaire

V = malade revu personnellement et radioscopé à cette occasion

R = renseignements donnés par l'observation du malade

Ou de la raison pour laquelle le malade n'a pas été rejoint :

LR = lettre revenue

PR = pas de réponse

PA = pas d'adresse

Numéro d'ordre	Réf. des publications antérieures	Nom, sexe, âge au moment de l'intervention pour U.R.	Date et nature des interventions antérieures pour ulcère. Siège de l'ulcère initial	Date et nature de l'intervention pour ulcère récidivant
1	C. 25 (259) Santy Mallet-Guy Soustelle	Gin... H 45 ans	1927 G.E.A. Ulc. Du.	12 VI E° + G.E.A. 6 VII 34 G. laissant ulc. D en place
2	C. 5	Bor... H 35 ans	1930 G.E.A. Ulc. Du.	31 Py° 32 Gastrectomie 21 VII 34 RL + G. E. A
3	C. 18	Mor... H 50 ans	10 III 31 G.E.A. Ulc. Du° Py	17 VI 35 G (Polya) en utilisant bouche de GEA
4	C. 78	Boa... H 35 ans	19 I 34 G.E.A. 3 X 34 Et. GEA + JJ Ulc. Du.	12 VII 35 G (Bil B) en aval S° bouche de G
5	C. 21	Ver... H 64 ans	1931 G.E.A. Ulc. Py + PC	20 XI 35 G. (Polya) en utilisant bouche de GEA
6	C. 40 (259) Santy Mallet-Guy Soustelle	Bris... H 36 ans	3 XI 33 G.E.A. Ulc. Du.	19 X 34 E° + G. E. A. 20 XII 35 E° + G (Poly en amont BV
7	C. 20	Col... H 36 ans	1932 G.E.A. Ulc. Du° Py	21 IX 36 G (Polya) en utilisant bouche de GEA
8	C. 43	Let... H 66 ans	1927 G.E.A.	26 X 36 E° + G (Finsterer)
9	C. 19	Per... H 39 ans	1926 G.E.A. Ulc. Py	30 X 36 G. (Polya) en utilisant bouche de GEA
10	C. 23	Cop... H 36 ans	22 VIII 36 G.E.A. Ulc. pré-Py	5 I 37 G. (Polya) en utilisant bouche de G
11	C. 53	Dil... H 35 ans	4 IV 34 G. (Bil) (insuffisante) Ulc. Du.	2 II 37 G. (Polya) en utilisant brèche jéjuna
12	C. 41 (V.)	All... H 38 ans	13 IV 35 S + G.E.A. Ulc. Py 23 X 35 Et. GEA	7 VI 37 E° + G (Polya) en amont B. V.
13	C. 36	Mar... H 34 ans	27 III 33 drainage abcès sous-phrénique 16 VI 33 G.E.A (ulc. Py) 12 V 34 drainage abcès sous-phrénique	19 IX 37 E° + G (Polya) en aval B. V.
14	C. 34	Ram... H 37 ans	1932 GEA (ulc. Du.) IV 1937 Et. GEA	20 XII 37 E° + G (Polya) en amont B. V.
15	C. 35	Bai... H 30 ans	VI 36 G.E.A. Ulc. Du° Py XI 36 Et. GEA	4 I 38 E° + G (Polya) en aval B. V.

actères particuliers	Moyens d'enquête	Résultats	Référence de la page où, le cas échéant, est détaillée l'observation
	LR	Excellent résultat de 3 mois Ininterprétable	p. 90
U. R. 2 fois	R	Mort post-opératoire (transfusion)	p. 101
	Q	Excellent résultat de 20 ans	
U. R. 2 fois	R	Mort 17 jours après (de cause inconnue)	p. 98
	Q	Excellent résultat de 19 ans mort en 1954 (cancer de la prostate)	
U. R. 2 fois	PR R	Excellent résultat de 4 mois Ininterprétable	p. 98
	LR R	Excellent résultat de 3 mois Ininterprétable	
	R	Mort 19 jours après (pleurésie purulente)	
	Q	Excellent résultat de 16 ans mort en 1952 (cause inconnue)	
	LR R	Excellent résultat de 7 ans (décès de date non précisée)	
après gastrectomie insuffisante	PA	Ininterprétable	
U. R. 2 fois	LR R	Mauvais résultat , car récive 14 ans après (éthylisme)	
	PR R	Excellent résultat de 2 mois Ininterprétable	
U. R. 2 fois	Q	Excellent résultat de 17 ans 1/2	p. 97
U. R. 2 fois	Q	Excellent résultat de 17 ans 1/2 (éthylisme et tuberculose pulmonaire fibreuse)	

Numéro d'ordre	Réf. des publications antérieures	Nom, sexe, âge au moment de l'intervention pour U.R.	Date et nature des interventions antérieures pour ulcère. Siège de l'ulcère initial	Date et nature de l'intervention pour ulcère récidivant
16	C. 17 (V.)	Bar... H 51 ans	26 VII 36 S + G.E.A. Ulc. Py	I VI 38 G. (Polya) en utilisant bouche de G
17	C. 81	Guil... H 45 ans	1925 G.E.A. Ulc. P.C.	20 VI 38 E° + G (Fins)
18	C. 73	Lepig... H 55 ans	1933 G.E.A.	16 VII 38 E° + SCT + G (Polya) en aval BV
19	C. 4	Gel... H 72 ans	1927 G.E.A.	27 VIII 38 J. J. 21 IX 38 RL + G. E. A
20	C. 24	Luc... H 45 ans	VII 36 G.E.A. Ulc. Du.	2 XI 38 G. (Bill. II B) en utilisant bouche de G.
21	C. 59	Car... H 54 ans	1929 G.E.A. Ulc. Du.	2 XII 38 E + G (BII S) en aval BV
22	C. 12	Pi... H 38 ans	3 II 30 G.E.A. Ulc. Du.	5 XII 38 G (B IIB) en utilisant brèche jéjun.
23	C. 26	Mart... H 35 ans	1936 G.E.A. Ulc. Du.	28 XII 38 E° + G (Finster) en aval BV
24	C. 2	Per... H 73 ans	14 V 29 G.E.A. Ulc. GC + Du.	13 I 39 Et. bouche GEA
25	C. 6	Rons... H 60 ans	1935 G.E.A. Ulc. Py	17 III 39 G (Polya) en utilisant bouche de G
26	C. 70	Bou... H 44 ans	1928 G.E.A. puis Pylorectomie Ulc. Py	19 III 39 G (Polya) en utilisant bouche de G + G.E.A. + S.C.T.
27	—	Fre... H 35 ans	IX 32 G. VIII 34 re G. X 36 RL + J.J.	III 37 S URPO perf. I 38 G. E. A. 5 VII 39 : suppression G et suppression J. J.
28	—	Jail... H 43 ans	1939 G.E.A. Ulc. Du° Py	3 VIII 40 G (B. II B) en utilisant la bouche de G 7 VIII 40 G.E.A.
29	C. 33	Iba... H 30 ans	1935 G.E.A. Ulc. Du.	21 X 40 E° + G. (Polya) en amont B.V.
30	C. 80	Mou... H 38 ans	15 VI 40 G.E.A. Ulc. Du.	6 XII 40 E° + G (B. I) en amont B.V.
31	C. 29	Cons... H 40 ans	1926 G.E.A. Ulc. Du.	9 IV 41 E° + G (Polya) en aval B.V.
32	C. 14	Mas... H 52 ans	1934 G.E.A. Ulc. Du.	22 IV 41 G (B. II B) en utilisant la bouche de G
33	C. 3 (V.)	Bac... H 36 ans	12 XI 37 S + G.E.A. Ulc. Py	29 IV 41 Degastro + R nouvelle GEA
34	C. 1	Comp... H 67 ans	1928 G.E.A. Ulc. Py	18 VI 41 RL réfection G.E.A.

Caractères particuliers	Moyens d'enquête	Résultats	Référence de la page où, le cas échéant, est détaillée l'observation
	LR R	Résultat satisfaisant de 6 ans (retour d'Allem. en mauvais état)	
Carcinome du Jéjunum R. cancérisé	R	Mauvais résultat mort 4 ans après (métastases)	
Fistule tro-jéuno-colique	V	Excellent résultat de 17 ans	p. 105
	LR R	Excellent résultat de 2 mois Ininterprétable	p. 94
	Q	Mort le 1-VII-1940 (cause inconnue) Ininterprétable	
U.R. 2 fois pas d'intervention pour la 2 ^e récurrence)	Q	Excellent résultat de 2 ans 1941 récurrence, mort le 14 X 1942 Mauvais résultat	
	PA R	Excellent résultat de quelques mois Ininterprétable	
	PR R	Excellent résultat de 4 mois Ininterprétable	
	PR R	Excellent résultat de 3 ans (prostatectomie en avril 1942)	p. 93
	LR R	Excellent résultat de 2 mois Ininterprétable	
Fistule tro-jéuno-colique	R	Mort le 20^e jour (hémorragie)	p. 105
U.R. 6 fois après Gastrectomie	LR R	Excellent résultat de 1 mois Ininterprétable	
	LR R	Excellent résultat de 3 ans, mais en 1943 ictère par rétention (cancer ?) Ininterprétable	
	R	Mort 2 jours après	
(fil de soie)	LR R	Ininterprétable	p. 86
	PA R	Ininterprétable	
	V	Excellent résultat de 14 ans	p. 83
	PR R	Excellent résultat de 2 mois Ininterprétable	p. 94
U.R. 2 fois pas d'intervention pour la 2 ^e récurrence)	Q	RS de 1 an, Mort le 27 I 46 de récurrence, 5 ans après; mauvais résultat	p. 93

Número d'ordre	Réf. des publications antérieures	Nom, sexe, âge au moment de l'intervention pour U.R.	Date et nature des interventions antérieures pour ulcère. Siège de l'ulcère initial	Date et nature de l'intervention pour ulcère récidivant
35	C. 72	Lau... H 50 ans	1935 G.E.A. Ulc. Du° Py	17 XI 41 E° B.V. + G (Péan au B) + RCT
36	C. 68	Gr... H 50 ans	1935 G.E.A. Ulc. Py 1940 G.E.A.	28 I 42 E° + G (B II) en utilisant bouche de GEA
37	C. 64 (V.)	Boy... H 38 ans	11 II 39 S pour perforation 21 III 41 G (B II)	11 III 42 E° + G (B II) en aval B.V.
38	C. 11 (V.)	Le F... H	1922 S + G.E.A. Ulc. Du.	16 V 42 G (B II B) en utilisant bouche de G
39	C. 63	Mart... H 52 ans	1933 G.E.A. Ulc. Du.	10 VI 42 E° + G (B II) en aval B.V.
40	C. 27	Dus... H 38 ans	1941 G.E.A. Ulc. Du.	20 VII 42 E° (BV) + G (P)
41	C. 57	Pri... H 60 ans	8 V 41 G.E.A. Ulc. Py° Du.	28 VII 42 E° (BV) + G (B)
42	C. 58	Bru... H 53 ans	1922 G.E.A. exclusion duodénale	4 VIII 42 E° + G (B II) en amont B.V.
43	C. 52 (260) Santy Latarjet	Bag A. H 42 ans	24 III 42 G (Péan) Ulc. Du. double	8 IV 43 G.E.A. pré-colic
44	—	Rav... H 45 ans	VIII 28 G.E.A. Ulc. Du. III 33 RL + Et. GEA	IV 33 G.E.A.; 1938 Et G 12 X 43 JJ
45	C. 15	Abe... H 41 ans	1939 G.E.A. Ulc. Py° Du.	6 XII 43 G (B II B) en utilisant bouche de G
46	C. 28	Car... H 55 ans	18 I 39 G.E.A. Ulc. Py I 40 Et. GEA	27 I 44 E° (BV) + G (Fins)
47	C. 42 (V.)	Pre... H 41 ans	12 IV 43 S + G.E.A. Ulc. Du.	5 II 44 E° + G (Fins) en aval B.V.
48	C. 65	Bra... H 49 ans	30 VII 40 G.E.A. Ulc. Py° Du.	9 II 44 E° + G (B II B) en aval B.V.
49	C. 61 (V.)	Ler... H 41 ans	1934 drainage sus pubien pr perforation 10 VII 37 G.E.A. Ulc. Py° Du.	19 II 44 E° + G (B II) en aval B. V. 22 II 44 GEA
50	C. 46	Gac... H 40 ans	6 V 40 G.E.A. Ulc. Py° Du.	21 II 44 E° B.V. + G (Fins)
51	45	The... H 45 ans	1938 G.E.A. Ulc. Du. sténosant	12 II 44 G.E.A. + J. 21 III 44 E° + G (Pol)
52	—	Fr... H 42 ans	1937 G.E.A. Ulc. Du. juxta Py	II 42 G I IV 44 E° + re-G (Po) en aval B.V.

Caractères particuliers	Moyens d'enquête	Résultats	Référence de la page où, le cas échéant, est détaillée l'observation
Fistule stomato-jéjuno-colique	R	Mort 7 jours après (ascite hémorragique)	p. 107
U.R. 2 fois F.G.J.C.	PA R	Suites immédiates simples ininterprétable	p. 106
U.R. 2 fois au moins en 1947 après G. à S. Pr perfor.	Q	Résultat satisfaisant depuis 1947 (persistance des images radio- logiques) donc de 8 ans	p. 117
	PA R	ininterprétable	
	PA R	Excellent résultat de 6 mois ininterprétable	
	PA R	Suites immédiates simples ininterprétable	
	PA R	Excellent résultat de 3 mois ininterprétable	
	Q	Excellent résultat de 13 ans	
après G (Péan)	Q	Dumping-Syndrome léger Résultat satisfaisant de 12 ans	p. 114
U.R. 5 fois	V	Excellent résultat de 12 ans	p. 102
	PA R	Suites immédiates simples ininterprétable	
	PR R	Excellent résultat de 3 ans au moins ininterprétable	
	V	Excellent résultat de 11 ans	p. 85
	PR R	Excellent résultat de 3 mois ininterprétable	
	R	Mort 24 II 44 : infarctus du grêle avec perforation à 1 cm du bouton	
	PA R	ininterprétable	
	PA R	Suites immédiates excellentes ininterprétable	p. 90
U.R. 2 fois	R	2 VII 44 fistule duodénale. Mort secondaire. Mauvais résultat.	p. 98

Numéro d'ordre	Réf. des publications antérieures	Nom, sexe, âge au moment de l'intervention pour U.R.	Date et nature des interventions antérieures pour ulcère. Siège de l'ulcère initial	Date et nature de l'intervention pour ulcère récidivant
53	C. 37	Men... F 39 ans	13 III 41 G.E.A. Ulc. Py sténosant	2 V 44 E° + G (Polya) en aval B.V.
54	C. 67	Gui... H 44 ans	8 VI 36 G.E.A. Ulc. Py sténosant 10 VI 36 JJ	4 4V 44 E° + G (B II B) en aval B.V. 13 VII 44. Gastrotomie pour un bouton
55	C. 77 (V.)	Ant... H 45 ans	1942 S + G.E.A.	24 VI 44 RL + GEA pour perforation U.R. 5 VII 44 drainage périton
56	C. 31	Jer... H 39 ans	1940 G.E.A. Ulc. Du.	21 VII 44 E° + G (Polya) en aval B.V.
57	C. 30 (V.)	Gau... H 40 ans	1923 S + G.E.A. Ulc. Du. 1940 G. limitée	1944 E° + G (Polya) en aval B.V.
58	C. 66	Paw... H 35 ans	1936 G.E.A. Ulc. Du.	10 XI 44 E° + G (B II B) en aval B.V.
59	C. 62 (V.)	Gor... H 32 ans	28 V 41 S d'un ulc. Du. perforé VII 41 G.E.A.	14 XI 44 E° + G (B II B) en aval B.V. 18 XI 44 Gastrotomie
60	C. 39 (V.)	Bar... H 22 ans	1938 S + G.E.A. Ulc. Du. 9 VIII 43 JJ	26 XII 44 E° + G (Polya) en aval B.V.
61	C. 38	Lam... H 40 ans	IX 43 G.E.A. Ulc. Du.	10 II 45 E° + G (Polya) en aval B.V.
62	— (V.)	Gir... H 40 ans	7 V 30 S + G.E.A. Ulc. Du.	3 III 41 G (Péan) 15 V 45 G.E.A.
63	—	Jac... H 60 ans	8 VIII 44 G.E.A. ulc. multiples duodénaux sténosants	26 I 46 E° + G (Polya) en aval B.V.
64	—	Ber... H 44 ans	6 VI 41 G.E.A. ulc. Py et Du.	14 III 46 E° + G (Polya) en aval B.V.
65	C. 74	Bad... H 49 ans	1936 G.E.A. Ulc. P.C. 4 V 38 RL + JJ pour perforation	26 VII 46 E° + G (B II B) en aval B.V. + SCT
66	C. 75	Ben... H 53 ans	30 XII 32 S + G.E.A. Ulc. Du. VI 41 GEA après déGEA	13 I 44 G (B II B) V 44 G.E.A. VIII 44 Splanchnicectomie 25 X 46 X (th.)
67	C. 51	Dur... H 40 ans	24 II 42 G. (Péan) Ulc. Du.	9 XI 46 Duodenectomie + (Polya)
68	C. 32	Bar... H 46 ans	25 IX 40 G.E.A. Ulc. Py° Du. sténosant	19 XI 46 E° + G (Polya) en aval B.V.

Caractères particuliers	Moyens d'enquête	Résultats	Référence de la page où, le cas échéant, est détaillée l'observation
Femme	LR R	Résultat satisfaisant de 3 ans Ininterprétable	
	Q	Mort le 5 IV 45 (cause inconnue) Ininterprétable	
U.R. perforé	R	Mort le 6 VII 44 (péritonite)	p. 94
	PA R	Suites immédiates simples Ininterprétable	
U.R. 2 fois a 2 ^e fois après G insuffisante	PA R	Suites immédiates simples Ininterprétable	p. 99
	PA R	Suites immédiates simples Ininterprétable	
	R	Mort le 20 XI 44 (de phénom. péritonéaux diffus)	
	Q	Excellent résultat de 10 ans 1/2	p. 90
	PR R	Excellent résultat de 3 mois Ininterprétable	
U.R. 2 fois	R	Mort le 18 V 45 (de cause non précisée)	p. 100
	R	Mort le 31 I 46 (hémorragies P.O.: maladie de Vaquez)	
	LR R	Excellent résultat de 6 mois Ininterprétable	
U.R. 2 fois U.R. perforé F.G.J.C.	PR R	Ininterprétable	p. 106
U.R. 7 fois X. thoracique	Q	Mort le 24 V 54 (hématémèse) Mauvais résultat	p. 102
R. après G (Péan)	LR R	Excellent résultat de 1 an	p. 114
	LR R	Suites immédiates simples Ininterprétable	

Numéro d'ordre	Réf. des publications antérieures	Nom, sexe, âge au moment de l'intervention pour U.R.	Date et nature des interventions antérieures pour ulcère. Siège de l'ulcère initial	Date et nature de l'intervention pour ulcère récidivant
69	C. 7	Cur... H 50 ans	1936 G.E.A. Ulc. Py	27 XI 46 G (Polya) en utilisant bouche de G
70	C. 76	Lebr... H 51 ans	24 I 42 G (Péan) pour ulc. P.C.	20 XII 46 X par v. abd.
71	C. ?	Par... H 39 ans	24 XII 34 S + G.E.A. Ulc Py° Du.	7 I 47 E° + G (B II B) en aval B.V.
72	C. 48	Tac... H 40 ans	1943 G.E.A. Ulc. Du	I II 47 E° + G (Polya) en aval B.V.
73	C. 47	Ort... H 47 ans	1933 GEA Ulc. Du.	8 II 47 E° + G (Finsterer)
74	—	Lie... H 40 ans	? S + G.E.A. Ulc. Du.	24 III 47 G (Polya) en utilisant bouche de G
75	—	Den... H 41 ans	1942 S + G.E.A. Ulc. Du.	5 IV 47 E° + G (Polya)
76	—	Pan... H 49 ans	1937 G.E.A. + JJ Ulc. Du. I VI 39 Pylorotomie 21 XI 40 E° + G + RTC	17 III 42 E° + reG (B II) 8 V 47 X abd ms pas d'UR
77	C. 49	Bea... H 59 ans	I 41 G.E.A. sténosant	16 VII 47 E° + G (Polya) en aval B.V.
78	—	Gal... H 51 ans	1943 G.E.A. + JJ Ulc. Du. sténosant	26 VII 47 E° (BV) + G (Po)
79	C. 50	And... H 61 ans	31 VII 37 G.E.A. Ulc. Du. sténosant	11 X 47 E° + G (Polya) en aval B.V. laissant l'ulc. D en place
80	C. 56	Vig... H 40 ans	25 X 45 G (B II) Ulc. Du.	14 X 47 E° + reG (Polya) en aval B.V.
81	(137) Guillet	Vaz... H 28 ans	1943 G; V 1945 J.J. VI 1945 Splanchnicectomy XI 1945 J.J.; XII 1945 ? I 1946 E°	V 1946 ? VII 1946 S. U.R. pe XI 47 X (th.); I IV 48 G
82	—	Pon... H 64 ans	1941 G.E.A. Ulc. Du. 12 XII 47 Occlusion section bride	7 I 48 GEA + X abd.
83	—	Per... H 43 ans	1932 G.E.A. Ulc. Du.	25 II 48 G (Polya) en se servant de la bouche de
84	—	Cha... H 50 ans	20 II 32 S + G.E.A. Ulc. pré Py 17 V 33 Et. GEA	18 I 45 Volvulus du coecu 28 II 48 E° + G (Polya) en aval B.V.

Caractères particuliers	Moyens d'enquête	Résultats	Référence de la page où, le cas échéant, est détaillée l'observation
	Q	Résultat satisfaisant de 8 ans 1/2	
U.R. après G. (Péan) X abdominale	V	Excellent résultat de 8 ans 1/2	p. 115
U.R. perforé	V	Excellent résultat de 8 ans	
	Q	Excellent résultat de 8 ans	
	LR R	Excellent résultat de 2 mois Ininterprétable	
	PR R	Suites immédiates simples Ininterprétable	
	Q	Excellent résultat de 8 ans	
U.R. 3 fois F.G.J.C. X abdominale	LR R	Résultat satisfaisant de 5 ans	p. 108
	Q	Excellent résultat de 7 ans 1/2	
	Q	Résultat satisfaisant de 7 ans 1/2 (éthylrique)	
	Q	Excellent résultat de 7 ans Mort d'un "malaise" le 16 VIII 54 en relation avec une hypertension	p. 89
U.R. après G (B II)	V	Résultat satisfaisant de 7 ans (éthylrique)	
U.R. perforé U.R. après G. : 5 fois X th.	R	Mort le 18 X 48 (suicide) Mauvais résultat	
abd. : U.R. sur GEA inextirpable	LR R	Excellent résultat de 2 mois Ininterprétable	p. 95
	Q	Excellent résultat de 7 ans	p. 82
U.R. perforé	Q	Excellent résultat de 6 ans 1/2 mort le IX 54 "d'encéphalite" (gros éthylrique)	

Numéro d'ordre	Réf. des publications antérieures	Nom, sexe, âge au moment de l'intervention pour U.R.	Date et nature des interventions antérieures pour ulcère. Siège de l'ulcère initial	Date et nature de l'intervention pour ulcère récidivant
85	—	Fle... H 55 ans	1942 S Ulc. Du. perforé 1943 G pr exclusion VII 47 S. URPO	5 IV 48 E° + reG (Polya) 23 I 50 récidive refusé intervention
86	—	Fro... H 41 ans	19 V 46 S + G.E.A. Ulc. Du. 21 II 47 Et. GEA	21 IV 48 E° + G (Polya) en aval B.V.
87	—	Cha... H 49 ans	VI 37 G.E.A. Ulc. Du° Py	24 VII 48 E° (B.V.) + G (Polya)
88	—	Ye... H 43 ans	1930 G.E.A. Ulc. Du.	10 X 48 E° + G (Polya) en aval B.V.
89	—	Lau... F 55 ans	1927 G.E.A. Ulc. Py	16 X 48 G (Polya) en utilisant brèche jéjunale
90	—	Riv... H 52 ans	1937 G.E.A. Ulc. Du.	23 X 48 G (Polya) en utilisant brèche jéjunale
91	—	Gil... H 50 ans	1941 G.E.A. Ulc. Du. I 48 S. U.R. perforé	28 X 48 E° + G (Polya) en aval B.V.
92	—	Ser... H 65 ans	1936 G.E.A.	25 XII 48 E° + G (B II B) en amont B.V.
93	—	Pon... H 47 ans	1944 G.E.A. Ulc. Du.	17 V 49 E° + G (B II B) en amont B.V.
94	—	Col... H 43 ans	9 II 48 G.	13 VII 49 E° (S) + reG (B II B)
95	—	Seg... H 32 ans	1943 G (Polya) insuffisante à anse longue	17 VIII 48 X abd. 9 VIII 49 hématémèses et douleurs
96	Santy Duroux (262)	Pui... F 54 ans	2 X 47 G.E.A. Ulc. Du.	19 XI 49 E° + G (Polya) en aval B.V.
97	—	Pap... H 36 ans	1943 G.E.A. Ulc. Du.	22 XII 49 E° + G (Polya) en aval B.V.
98	Santy Duroux (262)	Dav... F 59 ans	1942 G.E.A. et J.J. Ulc. Du.	24 XII 49 G (Polya) en utilisant orifice Jéjunal mais URPO la en place 30 III 50 E° + reG (Polya)
99	—	Mar... H 52 ans	1947 S + G.E.A. Ulc. Du.	11 V 50 G (Polya) au delà S du grêle
100	—	Gon... H 56 ans	1929 S + G.E.A. 1929 2° G.E.A.	7 X 50 E° + G (B II B) précoclique
101	—	Vill... H 38 ans	1938 G.E.A. Ulc. Py° Du.	28 III 51 G (Polya) en utilisant bouche de GE

Caractères particuliers	Moyens d'enquête	Résultats	Référence de la page où, le cas échéant, est détaillée l'observation
U.R. après G. r exclusion secondaire S. pour perforation U.R. perforé U.R. 3 fois	LR R	Mauvais résultat	p. 117
	V	Excellent résultat de 7 ans	p. 91
	Q	Excellent résultat de 7 ans	
	V	Excellent résultat de 6 ans 1/2	p. 85
Femme	R	Mort Post-opératoire (complications veineuses)	
	PR R	Excellent résultat de 2 mois Ininterprétable	
U.R. perforé	LR R	Suites immédiates simples Ininterprétable	
U.R. hémorragique (urgence)	PA R	Excellent résultat de 3 mois Ininterprétable	
	Q	Excellent résultat de 6 ans	p. 87
après Gastrectomie	V	Résultat satisfaisant de 6 ans (psychasténie, insomnies)	p. 112
U.R. 2 fois après G. et Vagotomie	LR R	Mauvais résultat	p. 112
Femme	Q	Excellent résultat de 5 ans 1/2	
	Q	Résultat satisfaisant de 5 ans 1/2 (éthylisme)	
Femme	Q	Résultat satisfaisant de 5 ans	p. 92
	R	Mort le 17 V 1950	
	PR R	Suites immédiates simples Ininterprétable	
	PR R	Excellent résultat de 6 mois Ininterprétable	

Numéro d'ordre	Réf. des publications antérieures	Nom, sexe, âge au moment de l'intervention pour U.R.	Date et nature des interventions antérieures pour ulcère. Siège de l'ulcère initial	Date et nature de l'intervention pour ulcère récidivant
102	—	Cer... H 42 ans	19 VIII 50 G pour Ulc. Du. hémorragique (urgence)	10 IV 51 reG (Polya) + X abd.
103	—	Arn... H 54 ans	1942 G.E.A. Ulc. Du. 1949 S pr URPO perf.	16 X 51 S + G (Polya) en aval S jéjunal
104	—	Joa... H 47 ans	1947 S + G.E.A. Ulc. Du.	19 X 51 E° + G (Polya) en aval B.V.
105	—	Vio... H 34 ans	1942 G.E.A. Ulc. Du.	9 XI 51 G (Polya) en utili orifice Jéjunal de la G.E.
106	—	Far... H 47 ans	1938 S + G.E.A. V 50 G pr URPO XI 50 RL pr 2° URPO	7 XII 51 X (th.)
107	—	Gue... H 60 ans	1951 G (B II)	24 V 52 E° + reG (Polya) en aval B.V.
108	—	Bas... H 42 ans	1946 G.E.A. Ulc. Du.	19 VIII 52 E° + G (Polya) en aval B.V.
109	—	Cha... H 27 ans	1947 S pr Ulc. Du. 1948 G insuffisante	3 XII 52 E° + G (Polya) en aval B.V.
110	—	Bar... H 45 ans	2 IV 52 G	9 IV 53 E° + reG (Polya) en aval S + X abd.
111	—	Vig... H 33 ans	1940 G.E.A. 1945 G pr URPO	10 IV 53 E° + reG (B (en utilisant l'orifice lais par E°) + X abd.
112	—	Dep... H 44 ans	1930 S 1931 S 1931 G (anastomose en Y)	6 VI 53 E° + reG (Polya) en aval S
113	Jaubert de Beaujeu (160)	Der... F 61 ans	1950 S + G.E.A. ulc. perforé	1 VII 53 E° + G (Polya) + réimplantation amp. Vat.
114	—	Pol... H 53 ans	18 VII 48 Du° G. 29 III 52 X	15 VII 52 E° + reG (Polya) en aval B.V.
115	—	Elk... H 32 ans	1951 G (B II)	1 XII 53 E° + reG (Polya) en aval S
116	—	Loc... H 42 ans	1944 G (Péan) Ulc. Du. 1951 reG (B II)	11 XII 53 X th.
117	Clavel (53)	Fan... H 33 ans	16 III 46 S ulc. pré-Py perforé 16 IV 46 G (Finsterer)	3 V 52 E° + reG (Polya) en aval 17 XII 53 E° + reG (Polya) en amont B.V.

Caractères particuliers	Moyens d'enquête	Résultats	Référence de la page où, le cas échéant, est détaillée l'observation
U.R. après G. X abd. + reG.	V	Résultat satisfaisant de 4 ans (reflux œsophagien)	p. 113
U.R. perforé U.R. 2 fois	Q	Résultat satisfaisant de 3 ans 1/2 (tuberc. pulm. en voie de guériss.)	
	Q	Excellent résultat de 3 ans 1/2	
	Q	Excellent résultat de 3 ans 1/2	
U.R. 3 fois X thoracique	V	Excellent résultat de 3 ans 1/2	p. 101
U.R. après G (B II)	V	Résultat satisfaisant de 3 ans (aérophagie)	
	V	Résultat satisfaisant de 3 ans (faim douloureuse, asthénie)	
U.R. après G insuffisante secondaire S pour perforation	Q	Mort en III 53 (hémorragie) Mauvais résultat	
U.R. après G X abd. + reG	Q	Excellent résultat de 2 ans	p. 113
U.R. 2 fois; la 2 ^e fois après G. avec anast ^e en Y; reG + X	V	Excellent résultat de 2 ans	p. 99
U.R. après G avec anast ^e en Y secondaire à S. pour perforation	V	Excellent résultat de 2 ans	p. 116
Femme	V	Excellent résultat de 2 ans	
U.R. 2 fois après G et Vagotomie	LR R	Suites immédiates simples Ininterprétable	p. 116
U.R. après G (B II)	LR R	Suites immédiates simples Ininterprétable	
U.R. 2 fois après 2 G X th.	Q	Excellent résultat de 1 an 1/2	p. 115
U.R. 2 fois après G (F) secondaire à S. pour perforation	V	Résultat satisfaisant de 1 an 1/2 (dépistage de tuberculose pulm.)	p. 118

Numéro d'ordre	Réf. des publications antérieures	Nom, sexe, âge au moment de l'intervention pour U.R.	Date et nature des interventions antérieures pour ulcère. Siège de l'ulcère initial	Date et nature de l'intervention pour ulcère récidivant
118	—	Del B. H 32 ans	9 X 43 G (Péan) Ulc. Du.	10 II 54 reG (Polya)
119	—	Bes... H 40 ans	26 IX 52 G (B II) Ulc. Du.	2 III 54 E° + reG (Polya) en amont B.V.
120	—	Bil... H 63 ans	38 G.E.A. ulc. Py	28 V 54 E° (S) + G (B I) précolique
121	—	Com... H 46 ans	1937 G.E.A. Ulc. Py° Du.	30 VI 54 E° (S) + G (B I)
122	—	Bru... H 46 ans	1947 G.E.A. Ulc. Du.	26 VIII 54 E° (S) + G (B I) + RCT
123	—	Schn... H 54 ans	1942 G Ulc. Du.	29 XI 54 E° + reG (Polya) en aval B.V. + X abd.
124	—	Sal... H 66 ans	1938 G.E.A. ulc. Py	20 X 54 cholecystectomie p fistule cholecysto-gastrique JJ car URPO 7 I 55 G (Polya) en gardan
125	—	Duv... H 30 ans	V 52 G.E.A. X 53 G	28 I 55 E° + reG (Polya) X abd.

Caractères particuliers	Moyens d'enquête	Résultats	Référence de la page où, le cas échéant, est détaillée l'observation
R. après G (Péan)	V	Excellent résultat de 1 an 1/2	p. 114
R. après G (B II) panse trop longue fil non résorbable	Q	Récidive traitée médicalement Mauvais résultat	
	V	Excellent résultat de 1 an	p. 88
	V	Excellent résultat de 1 an	
F.G.J.C.	R	Mort le 22 X 54 (cachexie progressive)	p. 107
R. après G correcte X abd. + reG	Q	Excellent résultat de 6 mois Ininterprétable	p. 111
	Q	Excellent résultat de 6 mois Ininterprétable	p. 92
U.R. 2 fois X abd. + reG	V	Résultat satisfaisant de 6 mois Ininterprétable	p. 100

II. - LES CIRCONSTANCES ETIOLOGIQUES

Dans cette revue générale, nous n'en opposerons pas moins, comme il est devenu classique de le faire, les ulcères récidivants après gastro-entéro-anastomose et après gastrectomie.

I. - LA FREQUENCE de l'ulcère récidivant post-opératoire est difficile à fixer. Pour notre part, il a été impossible de l'établir à partir de notre statistique. Les chiffres que l'on relève dans la littérature sont faussés pour de multiples raisons :

a) la plupart du temps un auteur précise, sur un nombre donné de gastrectomies, celui d'interventions pour ulcère récidivant.

b) le malade est un terrain essentiellement mouvant qui, le plus souvent, lorsqu'il resouffre, se confie à d'autres médecins et chirurgiens : il n'existe pas de statistique où les malades aient été tous rejoints.

c) le recul exigé pour apprécier les résultats d'une intervention gastrique pour ulcère est parfois trop court.

Ceci explique les grosses différences de pourcentage que l'on peut noter dans le tableau que nous avons établi, beaucoup plus pour montrer combien l'optimisme de certains auteurs qui « ne voient pas d'ulcères récidivants », contraste avec les chiffres quelquefois élevés, de ceux qui, peut-être, réopèrent leurs malades.

On peut, malgré tout, admettre que la gastro-entéro-anastomose est grevée de 15 à 20 % d'ulcères récidivants et la gastrectomie de 3 à 4 %.

L'étude comparative du nombre d'ulcères après gastrectomie et gastro-entéro-anastomose, dans une statistique globale d'ulcères post-opératoires apporte encore moins de renseignements sur cette fréquence.

Ainsi nous avons 23 ulcères récidivants après gastrectomie pour 125 ulcères récidivants post-opératoires, soit : 18,3 %, mais, de juin 1934 à fin 1945 nous n'en avons que 4 pour 62 soit : 5 % et de janvier 1946 à janvier 1955, 19 pour 63 soit : 30 %.

Donc, ces chiffres traduisent plutôt la prééminence actuelle de la gastrectomie sur la gastro-entéro-anastomose dans le traitement

TABLEAU DE FREQUENCE GLOBALE

Auteurs	G.E.A.	ULCERES RECIDIVANTS APRES :	
		G.	G. ou G.E.A.
STARLINGER cités MAYO par FINSTERER A. Gosset (128)	-	0,7 % 13,5 % 4 %	
HARMS (143)	13 à 15 %	3 à 4 %	
SCHRAMM (268)	7 %	3 %	10/229 soit : 5 %
BRUSGAARD (40)	19/234 soit 8 %	6/364 soit 1,7 %	
WEINSTEIN (317)	15 à 33 %	3 à 8 %	
HUBER (155)			118/2993 soit : 4 %
LEFEVRE (184)			110/1167 soit : 9,5 %
PRIESTLEY (242)			42/806 soit : 5 %
LAKE (176)			35/523 soit : 6,5 %
FALLA (103)		5,8 %	
PLENK (238)		3 % (pr 2047 G. pour exclusion)	
CHARRIER (51)			44/347 soit : 12,5 %
RAUCH (243)		11/893 soit : 1,5 %	
STRAUSS (284)	20 à 30 %	1 %	
BERGER (24)		19/1535 soit : 1,2 %	
HARVEY (144)		36/898 soit : 4 %	
MARTIN (208)		16/520 soit : 3 %	
SMITH (273)			96/578 soit : 17 %
WALLENSTEIN (304)		13/364 soit : 4 % (Billroth I)	
MOLONEY (216)		2 %	
TROELL (293)		1 % (pour 749)	
KOURIAS (169)		0,50 %	
GLENN (120)			5 % (pour 428)
GORDET (126)	0,9 % 33 % 1 à 4 %		
OGILVIE (230)			6,5 % sur 1.000 ulcères
JORDAN (163)		5,3 à 5,7 %	
de VERNEJOUL (294) (301)		8/3.000 14/2.600 soit: 0,50 % et 27 URPO opérés antérieurement par d'autres chirurgiens	

de l'ulcère et rappellent que les risques de récurrence, certes à un moindre degré, persistent toujours.

Enfin, même si l'on pouvait disposer d'appréciations exactes, leur utilité serait vite limitée car rarement sont indiquées de façon précise les conditions de réalisation de l'une ou l'autre intervention première. C'est en général le regroupement d'un petit nombre d'observations isolées mais détaillées, qui a permis de mettre en évidence la « faute » que constituaient certaines techniques dans le traitement de l'ulcère : nous aurons l'occasion d'y revenir.

II. - LE DELAI D'APPARITION CLINIQUE DE L'ULCERE RECIDIVANT. Si, la plupart des auteurs (GONZALEZ-BUENO [125] à propos de 42 observations relève la récurrence dans les 15 mois pour 70 % des cas, 18 mois à 20 ans pour les autres) insistent sur la précocité de la récurrence (2 ans et moins), nous le vérifions ici surtout pour les ulcères après gastrectomie, car en fait rien n'est plus variable que ce délai :

	Gastro-entéro- Anastomose	Gastrectomie	Total
Non précisé :	2	—	2
Quelques mois à 1 an :	19	11	30
1 an à plus de 2 ans :	27	6	33
soit : Récurrence précoce : ..	46 (46 %)	17 (74 %)	63 (50 %)
de 3 à 5 ans :	27	2	29
de 6 à 10 ans :	16	3	19
au delà de 11 ans :	11	1	12
		(après 23 ans)	

Nous avons établi, par ailleurs, et cela a été possible pour 47 observations, le rapport :

Délai d'apparition de l'U.R.P.O. à partir du début de la maladie ulcéreuse.

Délai d'apparition de l'U.R.P.O. à partir de la 1^{ère} intervention.

Or, contrairement à notre attente, nous n'avons trouvé aucun parallélisme entre ces deux éléments : un malade qui aura toléré longtemps son ulcère peut faire une récurrence post-opératoire aussi bien précocement que tardivement.

III. - LE TERRAIN.

1°) *l'âge*. - Nous avons tenu compte uniformément de l'âge au moment de la première intervention pour ulcère récidivant : il nous manque dans une observation. Donc, pour 124 malades;

	U.R. après G.E.A	U.R. après G.	Total
de 20 à 29 ans:	1	2	3
de 30 à 39 ans:	26	7	33
de 40 à 49 ans:	37	9	46
de 50 à 59 ans:	23	4	27
de 60 à 69 ans:	12	1	13
de 70 à 75 ans:	2	—	2
	101	23	124

Ces chiffres sont identiques à ceux des auteurs qui en font état (chez MARSHALL [207] l'âge moyen est de 48,4 ans). Ils montrent que si le maximum de fréquence de l'ulcère récidivant post-opératoire se situe autour de la quarantaine, l'on peut le rencontrer à tout âge.

2°) *le sexe*. - Jusqu'à fin 1947, la notion de la rareté de l'ulcère récidivant post-opératoire chez la femme se vérifie : nous n'en trouvons qu'une seule (en 1944) pour 81 observations. De 1948 à 1955 par contre, nous en avons 4 pour 44 malades (9 %) : chez toutes ces femmes a été effectuée en premier lieu une gastro-entéro-anastomose.

Cette disproportion sur laquelle ont insisté SANTY et ses Collaborateurs en 1946 (261) est donc moins importante, mais garde toujours son intérêt clinique : elle doit guider le diagnostic des syndromes douloureux récidivants de l'ulcère chez la femme, de préférence vers une autre origine que l'ulcère post-opératoire.

POLLARD (239)	relève	3 femmes sur	38 observations :	8 %
PAOLUCCI (234)	—	4 —	75 —	5,3 %
GONZALES-BUENO (125) ..	—	7 —	48 —	15 %
J. CHARRIER (49)	—	1 —	79 —	0,8 %
F. MOUTIER (223)	—	2 —	59 —	3,4 %
F. GLENN (119)	—	13 —	113 —	11,5 %
P. HILLEMAND (151)	—	1 —	10 —	10 %
Nos observations : ..	5		125	6 %
Soit au total :	36		547	6,5 %

Par ailleurs, VINCENT (303) publie un ulcère récidivant après gastro-entéro-anastomose pour estomac biloculaire chez une femme; R. PEYCELON et M. PLAUCHU (236) un ulcère récidivant après suture et gastro-entéro-anastomose pour ulcère perforé chez une femme; P. SANTY et DUROUX (262) et M. JAUBERT de BEAUJEU (160) présentent 3 observations d'ulcère récidivant chez la femme reprises dans notre statistique.

Cette rareté tient au moins à deux causes :

— on opère moins souvent d'ulcères chez la femme et ils y sont moins fréquents.

— La femme représente un terrain plus docile : elle suit les conseils hygiéno-diététiques qu'on lui donne et peut en général mieux se plier aux exigences thérapeutiques motivées par sa maladie.

3°) *le facteur racial, constitutionnel, familial et social; les conditions alimentaires.* - Il est certain que la plupart des auteurs ont été frappés par la morphologie générale de l'ulcéreux, encore qu'on puisse se demander si elle n'est pas plutôt la conséquence que l'origine de la diathèse. Et de relier cet habitus à une dysfonction d'origine nerveuse et endocrine il n'y a qu'un pas à franchir : d'où la notion d'hypersthéniques gastriques (ABADIE et COUINOT) (I). Quoiqu'il en soit, depuis longtemps, l'anxiété, l'émotivité, la tachyphagie, l'instabilité vaso-motrice (CHARPIER [49]) ont été rattachées à la dyspepsie...

Que ce « tempérament » domine chez certaines familles (LEVRAT et Collaborateurs [189]) ou se retrouve au maximum dans certaines races : les Juifs (BERG) et les habitants du littoral méditerranéen (GUTMANN), est indiscutable encore que vérifiable de façon bien empirique. Nous avons relevé les noms à consonnance étrangère de nos malades et en avons trouvé au moins 26 (21 %) :

- 14 Italiens
- 4 Espagnols
- 3 Nord-Africains
- 3 Slaves
- 2 Arméniens

Nous n'avons pu établir de façon précise la profession de tous nos malades. Mais le facteur social (tant les conditions de travail que d'existence) de même que l'état d'esprit sont aussi importants à considérer : l'ulcéreux lassé par le traitement médical de sa maladie ou incapable de concilier les nécessités de ce traitement et celles que lui imposent son travail et son mode de vie, ne va-t-il pas souvent demander au chirurgien une solution qu'il espère radicale ?

Les conditions alimentaires sont pour une certaine part en relation avec les éléments précédents. Dans notre statistique, elles sont fréquemment mentionnées, mais trop irrégulièrement pour en tirer des chiffres. Il est cependant hors de doute que l'éthylisme, l'intempérance alimentaire sous toutes ses formes, le tabagisme jouent un rôle dans l'étiologie de l'ulcère récidivant post-opératoire. Ceci n'a cependant rien d'absolu car quelques (rares) malades suivaient un régime extrêmement strict. .

Par ailleurs, la période 1939 fin 1945 étant considérée comme génératrice d'ulcères, tant par les conditions alimentaires et psychologiques qu'elle a créées en France, nous l'avons comparée avec les autres années que couvre notre statistique. Nous n'avons en fait trouvé que 38 observations opérées pour leur récurrence pendant ces 7 années (soit : 5,4 par an) alors que pour les autres années, la moyenne est de 7 par an. Par contre, l'année 1954 détient le maximum de 15 observations.

Il est donc certain que ces différentes notions de terrain, de

mode de vie, d'excès alimentaires et éthyliques sont à retenir, mais ce ne sont qu'éléments épars pour évaluer la possibilité d'une récidive ulcéreuse post-opératoire.

IV. - DONNEES ANATOMO-CLINIQUES CONCERNANT L'ULCERE INITIAL

Ce sont certainement les plus importantes :

1°) *siège de l'ulcère initial*. - En dehors de 20 observations où ce siège n'est pas précisé, nous pouvons dresser le tableau suivant :

Localisation de l'ulcère initial	Intervention initiale :		Totaux
	G.E.A.	G.	
Duodénale 1 ^{re} portion	48	11	59
Duodéno-pylorique	16	—	16
Multiples	1	1	2
Associés (1 Du + GC)			
(1 Du + Py)	2	—	2
Gastrique Prépylorique et pylorique	21	1	22
Petite courbure	2	1	3
Associés (Py + PC) ..	1	—	1
Pas précisée :	11	9	20

La localisation initiale de l'ulcère à la première portion du duodenum est donc nettement la plus fréquente. Du reste, cette notion devenue classique est toujours soulignée :

MARSHALL et MARKEE (207) relèvent 154 ulcères duodénaux initiaux sur 172 ulcères récidivants post-opératoires (près de 90 %),
 CAMES (42) 37 sur 40 ulcères récidivants après gastrectomie,
 GLENN (119) 101 sur 112 ulcères récidivants post-opératoires.
 WALLENSTEIN (304) 12 sur 13 ulcères récidivants post-opératoires,
 ALDINO et REDONDI (4) 10 sur 14,
 GONZALES-BUENO (125) 35 sur 42 ulcères récidivants après gastrectomie,
 LABANDIBAR (cité par BERTRAND et CREYSEL [25]) sur 238 ulcères récidivants post-opératoires, signale 66 % d'ulcères duodénaux contre 22 % d'ulcères gastriques initiaux.
 HARVEY, observe la même prédominance,
 DELANNOY (71) à propos de 4 observations après gastrectomie, précise que l'ulcère initial siégeait au duodénum et
 SARASIN (264) insiste sur le fait que l'ulcère récidivant post-opératoire s'observe surtout après ulcère grave du duodénum.

2°) Cette gravité de l'ulcère se confirme lorsque l'on recherche les complications qui ont motivé l'intervention première; nous les relevons dans plus de la moitié des cas :

Complication	G.E.A.	Gastrectomie	Total
Sténose	40	—	40
Hémorragie	5	3	8
Hémorragie + perforation	2	—	2
Perforation	21	5	26
		(dont 1 à 2 reprises)	28
			10
			78/125

a) La sténose duodéno-pylorique réalise une condition expérimentale essentielle pour produire un ulcère au voisinage d'une néostomie. Ce fait est admis par tous puisque l'exclusion pylorique accompagnant une gastro-entéro-anastomose est formellement prescrite actuellement. Et l'on doit s'étonner au contraire de ne pas voir se produire à tous coups un ulcère récidivant lorsque l'on effectue une gastro-entéro-anastomose pour sténose ulcéreuse. (TOUTIRAIS [292]).

b) Le mécanisme de l'hémorragie est rarement précisé dans les observations : fistule artérielle, gastrite ou sténose ? De même ses modalités : hématomés, mœlena visibles ou occultes, épisodes synchopaux. Dix, au moins, de nos malades ont saigné.

c) A l'opposé, la perforation (et ses modalités) a toujours été retenue : Un total de 28 ulcères ainsi compliqués (dont 2 perforations bouchées et une à deux reprises) représente un taux important : 22,4 %. Nous reviendrons plus en détail sur le devenir de ces ulcères récidivants après traitement chirurgical de la perforation.

3°) Enfin, est fréquemment notée au cours de l'intervention initiale la grosse réaction inflammatoire accompagnant l'ulcère duodénal ou duodéno-pylorique et que les compte-rendus décrivent ainsi :

— Placard nacré masquant entièrement la région sous-hépatique.

— Grosse réaction de péritonite scléreuse recouvrant pylore et duodénum sans qu'il soit possible de localiser exactement l'ulcère.

— Adhérences épaisses et inflammatoires soudant la région pyloro-duodénale à la face inférieure de la vésicule biliaire.

— Région pyloro-duodénale intimement adhérente à la face inférieure du foie.

A partir de ces données anatomiques et cliniques, il est indéniable que le siège duodénal de l'ulcère et sa gravité feront craindre la possibilité ultérieure de l'ulcère récidivant.

De cette étude des circonstances étiologiques découlent certaines notions qui, sans apporter de certitude quant au devenir d'un ulcéreux opéré, peuvent néanmoins constituer des éléments de présomption quant à l'éventualité d'une récive.

— L'ulcère récidivant est plus fréquent après gastro-entéro-anastomose surtout s'il existe une sténose pylorique associée. Mais il se voit aussi après gastrectomie. Il faut donc y penser chez tout ulcéreux opéré « qui ne va pas », quels que soient le délai écoulé depuis l'intervention première et la durée globale de l'évolution ulcéreuse.

— On peut le rencontrer à tout âge, à 20 ans comme à 70 ans, et même chez la femme, quoiqu'il y soit rare. Certains facteurs familiaux, raciaux, constitutionnels, sociaux, certaines conditions alimentaires et psychologiques, l'éthylisme et le tabagisme en favorisent indéniablement l'apparition.

— Enfin, le risque de récurrence est beaucoup plus important pour un ulcère de siège duodénal ou pyloro-duodénal. Par ailleurs, il semble proportionnel au degré de gravité des lésions ulcéreuses primitives constaté cliniquement et opératoirement : la sténose, les hémorragies, la perforation, les phénomènes inflammatoires rendent compte d'un potentiel évolutif sérieux de la diathèse ulcéreuse.

III. - PATHOGENIE DE L'ULCERE GASTRO-DUODENAL ET CAUSES D'ECHECS DES METHODES THERAPEUTIQUES

« Les mêmes causes interviennent pour créer l'ulcère gastrique ou duodénal ou les ulcères gastro-jéjunaux des opérés, mais ni des uns ni des autres nous ne connaissons la pathogénie » (R. A. GUTMANN cité en 1952 par G. GORDET [127]). « La connaissance des causes de l'ulcère est incomplète quoique certains éléments soient établis de façon certaine : il n'y a aucun doute que l'ulcère découle d'un ensemble de perturbations anatomiques, psychiques, bio-chimiques et physiologiques, aboutissant à une atteinte localisée de la muqueuse gastrique ou duodénale. » (Ch. T. STONE 1952 [283]). Autant d'aveux d'impuissance à expliquer une maladie pour laquelle les chirurgiens disposent d'un arsenal varié, dont le bien-fondé n'a souvent été interprété physio-pathologiquement qu'après coup.

Plutôt que de nous livrer à une compilation ou d'interpréter de nombreuses expérimentations nous préférons :

- faire rapidement le point des connaissances étio-pathogéniques actuelles de l'ulcère gastro-duodénal;
- rappeler brièvement l'action anti-ulcéreuse attendue du traitement médical et surtout des différentes méthodes chirurgicales;
- puis essayer d'analyser les causes de leurs échecs, heureusement assez rares, où du reste, la récidive n'est pas l'unique élément.

I) ETIO-PATHOGENIE DE L'ULCERE GASTRO-DUODENAL.

S'il existe des ulcères gastro-duodénaux d'étiologie ou pathogénie connues chez l'homme (LEVRAT et Collaborateurs [189]), pour la majorité d'entre eux l'on cerne de plus en plus le problème sans pour autant le résoudre.

L'action chlorhydro-peptique du suc gastrique est évidemment prépondérante dans la genèse de l'ulcère; et on peut y faire intervenir deux facteurs : l'hyper-acidité et le défaut de protection de la muqueuse, vraisemblablement associés, le mucus étant défaillant soit topographiquement soit qualitativement.

Les autres causes invoquées ne semblent qu'adjuvantes :

— L'inflammation et l'infection paraissent plutôt secondaires à l'ulcère bien que de temps à autre on leur redonne quelque actualité pour expliquer l'ulcère rebelle en invoquant même un virus (GONCALVES LOFORTE [124]).

— Les troubles vaso-moteurs et trophiques jouent sans doute un rôle localisateur : CATTAN et FRUMUSAN (45) insistent sur le facteur vasculaire et DETRIE en 1954 (87) par la découverte de shunts artérioveineux intra-muraux rajeunit cette théorie. S'y rattache aussi celle de Von BERGMAN pour qui l'ulcère est une maladie spastique (BOEREMA [34]). De même HOFFMAN (154) insiste sur le facteur sympathique.

II) LES BASES DU TRAITEMENT DE L'ULCERE GASTRO-DUODENAL.

Elles découlent des notions précédentes :

— Le traitement médical (repos, régime, bismuth, poudres alcalines, belladone, anti-spasmodiques et protéinothérapie) est à suivre de façon continue malgré les rémissions.

— En cas d'échec du précédent ou de complications, le traitement chirurgical vise surtout à réduire sinon faire disparaître l'acidité, laissant ou non l'ulcère en place.

L'acide chlorhydrique gastrique est sécrété par la cellule bordante qui caractérise la muqueuse fundique d'étendue très variable selon les individus, la muqueuse antrale étant à sécrétion alcaline. Les physiologistes, après PAWLOV puis IVY, semblent d'accord pour distinguer différentes phases dans la sécrétion gastrique.

— La période inter-digestive où il persiste un tonus vagal sécrétoire dont l'exagération peut aboutir à une hyper-sécrétion et à une hyper-acidité quantitative et qualitative.

— La période digestive où se succèdent :

- la phase psychique;
- la phase gastrique où interviennent plusieurs mécanismes : chimiques d'une part, humoraux d'autre part où l'antré intervient comme zone excito-sécrétoire du fundus (EDKINS);
- la phase intestinale hormonale par la production de l'entéro-gastrone;

— Enfin, à tous moments le facteur émotionnel est susceptible de provoquer une hyper-acidité.

Il existe donc trois modalités de production du suc acide :

- chimique
- humoral et hormonal
- nerveux.

Il en résulte que l'on peut agir chirurgicalement sur l'acidité :

1) en court-circuitant le pylore et le duodénum par la gastro-entéro-anastomose qui met au repos les zones réflexogènes et neutralise l'acidité par la régurgitation des sucs bilio-pancréatiques et jéjunaux.

2) En réduisant la surface sécrétante gastrique et en supprimant les zones réflexogènes (antre et région pyloro-duodénale). C'est le principe de toute gastrectomie même si elle n'enlève pas toujours l'ulcère.

3) en interrompant : — la voie nerveuse qui emprunte les pneumo-gastriques : leur section réduirait même la réponse des cellules sécrétantes à tous les types de stimuli (STEIN et Collaborateurs [276]). Pour DRAGSTED, (92 et 94) depuis 1953, seul l'ulcère duodénal ou jéjunal serait secondaire à l'hypertonie vagale alors que l'ulcère gastrique serait dû à une hyper-sécrétion d'origine humorale ou hormonale.

— le sympathique empruntant les splanchniques ne joue aucun rôle direct semble-t-il.

Tels sont schématiquement exposés les moyens d'action dont dispose la chirurgie pour lutter contre l'acidité, (ceux-ci interviennent également sur le mucus (MERSHEIMER et Collaborateurs 1952 [212]), ne pouvant viser ni l'infection ou l'inflammation elles-mêmes, ni les troubles vasculaires ou trophiques.

III) RESULTATS DU TRAITEMENT DE L' ULCERE ET ANALYSE DES CAUSES D'ECHECS.

Ces moyens thérapeutiques sont efficaces; pourtant malgré leur perfectionnement croissant, ils restent grevés d'échecs : mortalité, syndromes post-opératoires et récidives ulcéreuses. Ces dernières devraient seules nous occuper mais il existe un balancement de ces trois ordres de mauvais résultats, lequel intervient énormément pour discuter les avantages et les inconvénients de chaque méthode isolée ou de leur association.

1) Le traitement médical s'adresse à 60-80 % des ulcéreux. Il faut aussi connaître ses limites, et parfois à temps, car ne pas se décider au moment opportun pour une hémorragie rebelle, une sténose ou une perforation (bouchée ou non) fait conduire in extremis au chirurgien des malades dont la mort ne peut lui être imputée.

Une série de mille ulcères d'un même hôpital permet à OGILVIE (230) de confronter les résultats suivants : sur 660 ulcères non compliqués (contre pour mille : 60 perforations, 215 hémorragies et 65 ulcères jéjunaux), il en trouve :

400 traités médicalement avec :

34 % satisfaits de 5 à 10 ans

56 % non satisfaits de 5 à 10 ans

une mort sous traitement et 10 % de morts en 10 ans

260 traités chirurgicalement avec :

- 7 % de mortalité opératoire. Pour les 93 % restant :
- 10 % de malades morts en moins de 10 ans,
- 70 % de satisfaits de 5 à 10 ans,
- 20 % de non satisfaits.

Comme toute statistique son interprétation est délicate : le traitement médical reste encore insuffisant et surtout très astreignant, mais la chirurgie comporte toujours un risque bien que ses résultats éloignés soient nettement meilleurs.

2) La chirurgie apparaît donc comme un « pis-aller » dans le traitement de l'ulcère et s'adresse :

— aux ulcères dits non compliqués dont, malgré le traitement médical, les symptômes persistent ou s'exagèrent, ou bien qui présentent des récives successives, menacent de se compliquer ou de devenir malins:

— aux ulcères calleux et compliqués.

Ceci implique donc un diagnostic ferme et si, sans cette certitude, à la laparotomie, l'exploration et la palpation sont négatives, il vaut sans doute mieux refermer que de créer des conditions physiologiques nouvelles.

Qu'attend-on des méthodes directes et indirectes dont disposent le chirurgien et quels en sont les inconvénients ?

1°. - *Méthodes indirectes.*

A) Sont abandonnées : la gastro-duodénostomie : sa difficulté technique et ses risques sont disproportionnés vis-à-vis de buts identiques à ceux de la gastro-entéro-anastomose.

— de même, les dérivations multiples, type gastro-pyloro-duodéno-jéjunostomie (DELBET) qu'évoquent BLOCH et CAROLI (29).

— L'exclusion pylorique qui met pour une fois en parallélisme direct l'expérimentation animale et la clinique humaine : c'est le moyen le plus sûr d'obtenir un ulcère récidivant, vraisemblablement par la stase qu'elle crée au niveau de l'antra, déclanchant donc de façon permanente la sécrétion acide: FONTAINE et Collaborateurs (109) réinsistent en 1941 pour la condamner définitivement.

— La pyloroplastie à la FINNEY qui a compté à un certain moment chez les Anglo-Saxons comme moyen de « drainage gastrique » associée à une vagotomie.

B) Sont adjuvantes : la jéjunostomie et la gastrostomie transpylorique qui ne sont que des temps préliminaires pour remonter l'état général très déficient d'un malade.

C) Restent : la gastro-entéro-anastomose,
la gastrectomie pour exclusion
et la vagotomie.

a) La gastro-entéro-anastomose : dérivant le bol alimentaire, elle assure la vidange gastrique lorsque celle-ci se fait mal et met théoriquement au repos l'estomac et l'ulcère :

- en supprimant la stase,
- en neutralisant le suc acide par le reflux des sucs duodénaux et biblio-pancréatiques,
- en faisant céder les phénomènes vaso-moteurs,

mais c'est « un monstre physiologique » (LERICHE) mettant au contact de l'acidité une muqueuse jéjunale mal défendue.

Ses effets sont inconstants et non durables : elle expose :

- aux accidents précoces du *circulus viciosus*.
- à l'invagination de l'anse, plus rarement,
- aux syndromes secondaires des gastro-entérostomisés où s'intriquent la persistance évolutive de l'ulcère initial, la gastro-jéjunite et le rôle des adhérences autour de la bouche, conséquence de l'inflammation périvericérale, réalisant radiologiquement cet aspect lacunaire sur lequel a insisté GUTMANN;
- à la diarrhée par vidange trop brusque de l'estomac dans le jéjunum.

Enfin, la bouche peut se sténoser soit partiellement et transitoirement (COLLET [55]), soit complètement et définitivement.

Quelques uns de ces éléments : persistance de l'acidité, récurrence de la stase étant des facteurs de production de l'ulcère récidivant : peuvent être réduits par certaines précautions techniques : gastro-entéro-anastomose postérieure, trans-méso-colique, près du pylore, à la suture pour assurer une bouche large (le bouton n'étant employé qu'en cas d'urgence), sur une anse courte (le segment initial du grêle se défendant mieux contre l'acidité) et iso-péristaltique. Ce mode d'exécution est le plus sûr. On évitera donc :

— La gastro-entéro-anastomose pré-colique qui réalise un mauvais drainage bien que facilitant le traitement éventuel d'un ulcère récidivant.

— L'anastomose en « Y » ou son équivalente, la jéuno-jéjunostomie à la BRAUN qui toutes deux dérivent les sucs alcalins.

— Et l'exclusion pylorique associée dont nous avons déjà vu le rôle néfaste qui, de plus, supprime la seule voie de secours qu'est le drainage antral en cas de sténose de la bouche.

Mais même correctement exécutée, la gastro-entéro-anastomose n'assure pas plus de 50 % de guérisons (DELORE en 1934), guérisons dont la qualité est du reste difficile à apprécier, et donne 10 à 15 % d'ulcères récidivants.

L. BRACCO (38), obligé de réintervenir pour 90 gastro-entéro-anastomoses, en expose les différentes faillites : 45 ulcères récidivants, 15 syndromes douloureux sans récurrence mais liés sans doute à l'évolution de l'ulcère initial,

14 syndromes adhérentiels, 7 sténoses de la bouche, 7 dégénérescences cancéreuses, 1 gastro-jéjunite et 1 fois des troubles précoces du transit.

FINSTERER en 1939 (109) recommande lui aussi de n'utiliser qu'exceptionnellement la gastro-entéro-anastomose car elle nécessite trop souvent une intervention secondaire.

Si GORDET (126) vient en 1952 de s'en refaire le défenseur, ce n'est en fait que pour la réserver à certains ulcères duodénaux où l'état général ne peut permettre de faire plus.

Il faut donc ne réaliser de gastro-entéro-anastomose pour ulcère que lorsque toute autre intervention comporte trop de risques et seulement comme temps préliminaire, encore qu'elle diminue les chances de résultats de la gastrectomie ultérieure. Nous verrons cependant que des chirurgiens l'associent volontiers à une résection limitée de l'ulcère, à une suture pour perforation et surtout à la vagotomie.

b) La gastrectomie pour exclusion dans l'ulcère duodéal et la gastrectomie sous-ulcéreuse dans les ulcères haut situés sont nées de l'impossibilité d'enlever l'ulcère et ce n'est qu'a posteriori qu'on leur a donné une base physiologique : elles visent à supprimer les causes de l'ulcère et c'est faire confiance à la théorie chlorhydro-peptique.

Il faut donc que la gastrectomie pour exclusion soit assez large (FINSTERER, LEBICHE, BANZET) pour emporter la zone antrale et surtout la muqueuse pylorique. PLENK (238) en 1951 et KOURIAS (167) s'en font les ardents défenseurs à condition d'enlever la muqueuse aussi loin que possible vers la droite et prétendent ne voir pas plus (et même moins) d'ulcères récidivants (3 % et 0,2 %) que dans la gastrectomie emportant l'ulcère (3 % et 0,5 %). Ces chiffres nous paraissent très optimistes car si la gastrectomie pour exclusion a une valeur curatrice certaine, ses résultats sont inconstants. Elle n'est pas toujours bénigne et doit rester une méthode d'exception car actuellement il est pratiquement toujours possible d'enlever un ulcère duodéal.

Quant à la gastrectomie polaire supérieure, nous ne disposons pas d'un recul suffisant pour apprécier ses résultats dans le traitement de l'ulcère.

c) Les interventions nerveuses s'adressent soit au sympathique soit aux vagues.

— à visée sympathique. Si FOTI et FRIEDRICH (110) prétendent à des résultats intéressants en irradiant la chaîne ganglionnaire sympathique, il semble que l'action chirurgicale sur le sympathique et les splanchniques soit peu efficace vis-à-vis de l'ulcère gastro-duodéal. FROELICH (111) en 1949 n'est pas très convainquant quant aux résultats de ses 25 splanchnicectomies. Par ailleurs, SMITHWICK et KNAISEL (274), en 1950, affirment que tout au moins la splanchnicectomie n'élève pas le taux de l'acide chlorhydrique libre et qu'elle

est inefficace sur l'augmentation de l'acidité qui suit l'injection de l'insuline; pour avoir un résultat clinique, il faut l'associer à une héli-gastrectomie. A leur avis, la fonction antrale dépend en grande partie du système nerveux autonome : en interrompant le sympathique ou le para-sympathique on diminue la réponse gastrique aux excitants chimiques mais en interrompant les deux voies, on n'obtient pas plus qu'avec la vagotomie seule.

— La vagotomie a un rôle certain : ses bases physiologiques sont l'interruption de l'arc réflexe responsable de la sécrétion gastrique d'origine nerveuse de même que la diminution de la réceptivité des cellules de l'estomac aux autres stimuli de la sécrétion.

Expérimentalement, après avoir été employée comme l'un des nombreux moyens d'obtention de l'ulcère gastrique, son rôle protecteur de la muqueuse contre l'apparition de l'ulcère a été maintes fois réaffirmé : entre autres, ALEXANDER et MERENDINO (5) en 1952 le soulignent à propos du rat au pylore lié (préparation de Shay), invoquant essentiellement la diminution de la sécrétion gastrique.

Cliniquement,

— Elle diminue l'acidité gastrique au tubage avec repas d'épreuve.

— Elle fait disparaître la réponse de la sécrétion acide à l'insuline (test de HOLLANDER).

— Elle supprime complètement la congestion, la rougeur, le péristaltisme gastriques provoqués par les émotions chez le sujet normal (WOLF et de WITT [229]); pour A. LAMBLING, cet effet de la vagotomie sera à inscrire à son crédit beaucoup plus que son action sur l'acidité et la sécrétion, s'il se confirme que les facteurs psycho-affectifs jouent un rôle déterminant dans l'apparition et l'évolution de la maladie ulcéreuse.

— Surtout elle supprime la douleur ulcéreuse (même la douleur néoplasique) sans supprimer la sensation de réplétion.

DRAGSTED (90), MANDL (204), CRILE (65) sont les principaux défenseurs de la vagotomie. Mais alors qu'au début ils la préconisaient seule et par voie thoracique pour tout ulcère gastro-duodénal, ils ont été amenés à en modifier les indications et la technique :

— L'indication en est réservée à l'ulcère duodénal (et évidemment à l'ulcère récidivant post-opératoire).

— La voie thoracique est pratiquement supplantée par la voie abdominale avec abord des pneumogastriques trans ou sous-diaphragmatique. En effet :

— Il est nécessaire de l'associer à une intervention de « drainage gastrique », le plus souvent une gastro-entéro-anastomose (la pyloroplastie étant pratiquement abandonnée), voire à une gastrectomie plus ou moins étendue où elle préviendrait la récurrence. DAILEY (66)

propose en 1952 d'associer à la gastro-entéro-anastomose et vagotomie une phrénicotomie au cou...

Pourquoi cette évolution ? Les raisons en sont nombreuses :

— La vagotomie semble agir avec beaucoup moins de constance sur l'ulcère gastrique dont la pathogénie serait différente de celle de l'ulcère duodénal. Surtout, les auteurs Anglo-Saxons ont la hantise de laisser passer un cancer. Enfin, DRAGSTED (88) dans 17 vagotomies seules pour ulcère gastrique a eu 5 récidives.

La voie thoracique a l'avantage d'un abord facile et rapide (la vagotomie peut même être exécutée par voie pleuroscopique : Kux): et l'on est à peu près sûr, par cette voie, de faire une résection complète des vagues. Mais dans le traitement d'emblée d'un ulcère duodénal elle ne permet ni l'exploration des lésions ni des gestes complémentaires : avantages de la voie abdominale laquelle par contre, vu les variations anatomiques des pneumogastriques, ne permet pas leur résection complète dans au moins 8 % des cas (BALTZ [11]).

— Enfin, la vagotomie provoque d'importantes modifications de la motricité gastrique : le risque de paralysie et de distention graves nécessite l'association d'emblée d'un geste complémentaire assurant malgré tout la vidange de l'estomac (intervention by-pass).

Ainsi perfectionnée la vagotomie représente selon DRAGSTED (90) « Une méthode thérapeutique relativement sûre, efficace et pratique. Elle doit remplacer la gastrectomie en tant que traitement initial et définitif des ulcères duodénaux, gastro-jéjunaux et même de certains ulcères de l'œsophage. La persistance ou la rechute d'un ulcère duodénal sont dûs presque toujours à une vagotomie incomplète comme le prouvent les tests physiologiques. » Mais DRAGSTED prête ensuite lui-même le flanc à la critique :

— « Les complications sont dues principalement aux modifications de la motricité gastro-intestinale.

— La dérivation des sécrétions alcalines du duodénum par une jéjuno-jéjunostomie complétant une gastro-entéro-anastomose est une erreur qui conduit à un ulcère de la bouche malgré une vagotomie complète. »

En effet, les vagues sont des nerfs mixtes et les avantages que peuvent apporter leur résection sont grevés d'inconvénients en général minimes mais parfois graves et même mortels :

— Le réflexe vagal est rarissime et ne mérite pas que l'on s'y arrête, il est nié par WILKINS et WEINBERG (324).

— Les troubles moteurs de l'estomac : dilatation aiguë, pesantier post-prandial, blocage digestif, ballonnement abdominal haut, nausées, vomissements bilieux et régurgitations acides régressent certes la plupart du temps (mais ne serait-ce pas, même en admettant une réadaptation des systèmes nerveux autonomes, la preuve d'une

fréquente régénérescence, donc d'un effet peu durable de la vagotomie ?). Cette sidération première oblige donc à « drainer » l'estomac pour lutter contre ce ballonnement épigastrique et les vomissements (COURTY et Collaborateurs [64]).

LAGROT (174), s'il a vu sur 73 clichés la disparition de l'image ulcéreuse, note également :

- une dilatation et une stase duodénales
- une atonie gastrique avec dilatation de la grosse tubérosité et estomac en cascade
- un retard du transit.

— Les troubles moteurs de l'intestin expliquent une diarrhée parfois persistante, quelquefois très grave (MAGGI et Collaborateurs [201]) qui peut cependant réagir au tétra-éthyl-ammonium.

Mais il y a plus : est-ce vraiment la vagotomie qui agit sur l'ulcère ou la gastro-entéro-anastomose ? Il est difficile de faire la part des deux gestes : pour NISSEN (226) la vagotomie n'apparaît pas réduire l'incidence de l'ulcère récidivant après gastro-entéro-anastomose. Disons pourtant que leur association les améliore mutuellement comme a cherché à le démontrer DRAGSTED (88) : 2 ulcères gastriques après 197 vagotomies seules pour ulcère duodénal, pas d'ulcère récidivant après 262 vagotomies associées à une gastro-entéro-anastomose. Mais déjà des publications signalent des récides ulcéreuses même après section complète des vagues, dont la preuve, relative pour certains (STEMPIEN [281], WEINSTEIN et HOLLANDER [316]), est fournie par le test à l'insuline :

THOMAS et PETERS (200) en 1948 relatent une perforation d'ulcère duodénal 16 mois après vagotomie

ROB (254) en 1948 une récive 6 mois après

MORRISSEY (221) en 1950 : 2 récives survenues 6 mois après, dans une série de 79 ulcères duodénaux ;

WEBER et Collaborateurs (315) en 1950 deux récives après vagotomie.

POLLOCK (240), en 1952 accuse 62 ulcères récidivants prouvés sur 167 malades se plaignant de douleurs ulcéreuses après vagotomie, ceux-ci représentant 25 % de ses 1524 vagotomies (736 seules, 788 associées).

STEMPIEN et WEINBERG (281), en 1953, en relatent 11 cas, mais la section vagale aurait été incomplète ; à leur avis l'ulcère duodénal reste apaisé presque sans exception après vagotomie complète et l'exception possible serait d'une pour sept cent malades.

Malgré cette morbidité et ces risques d'échec contrebalancés par la bénignité que la plupart des auteurs s'accordent à lui reconnaître (si THOREK accuse 3 morts sur 40, WILKINS et WEINBERG (324) relèvent sur 258 vagotomies par voie abdominale : une lésion œsophagienne, deux pneumothorax droits, cinq hémorragies ; sur 67 vagotomies par voie thoracique, 6 cas de fractures de côtes), la vagotomie telle qu'elle est conçue actuellement, c'est-à-dire associée au moins à une gastro-

entéro-anastomose doit-elle prévaloir la gastrectomie ? Nous avons tenté de présenter une revue des opinions en cours :

1°) Certains auteurs nient son efficacité; parmi eux :

ALVAREZ (7), en 1948, porte un jugement très sévère : « Il apparaît que dans beaucoup de cas particuliers, chez les animaux et les hommes la vagotomie ne nuit que fort peu et est susceptible de réaliser rapidement la guérison d'un ulcère. Dans un petit nombre de cas, elle détermine des troubles sans que l'on sache à quoi tiennent ces différences individuelles mais la vagotomie ne protège pas toujours de l'apparition d'un ulcère et dans certains cas elle aboutit même à sa formation. Puisqu'elle doit être jumelée à une autre intervention, ce qui importe le plus est de savoir si elle prévient la formation d'un ulcère jéjunal. D'ores et déjà, on a rapporté des cas dans lesquels les ulcères jéjunaux graves se sont développés après vagotomie. Il est intéressant de constater que l'intérêt agité réservé à la vagotomie double pendant les années 1907-1914, 1920-1924 et 1930-1934 était tombé à plat (died down) : comme il arrive souvent, les raisons pour lesquelles les chirurgiens abandonnent une opération ne sont pas publiées... »

HEALY et Collaborateurs (146) opposent, en 1951, 263 gastrectomies (mortalité 3,2 % à 54 vagotomies (mortalité 2,4 %) avec un pourcentage identique de complications post-opératoires. Ils notent :

— pour la gastrectomie 10.2 % de dumping-syndromes et 5.8 % d'ulcères récidivants avec 87 % de bons résultats :

— contre la vagotomie 46.3 % d'atonies gastriques dont 10.5 % très sévères et 36.7 % d'ulcères récidivants avec 65.9 % de bons résultats.

2°) A l'opposé d'autres auteurs préfèrent l'association vagotomie et gastro-entéro-anastomose à la gastrectomie :

GRIMSON (134), en 1950, s'il abandonne la vagotomie seule, estime que les inconvénients de l'association gastro-entéro-anastomose et vagotomie sont moindres que ceux de la gastrectomie associée ou non à la vagotomie et sur 175 gastro-entéro-anastomoses et vagotomies associées, il accuse une mortalité inférieure à 1 %.

Le même (330), en 1953, reste sur cette position en affirmant de meilleurs résultats.

CRILE (65), en 1952, a pratiqué 445 associations gastro-entéro-anastomose et vagotomie (mortalité 0,5 %) : il note que les 147 cas suivis depuis plus de trois ans n'ont présenté que 2 à 3 % d'ulcères récidivants alors que la gastrectomie donne seulement 90 % de bons résultats, 3 % d'ulcères récidivants et des complications de « nutrition » pour lesquelles il n'y a pas de traitement efficace.

DRAGSTED, en 1952, sur 219 associations gastro-entéro-anastomose et vagotomie trouve 81 % de bons résultats 10 % de résultats moyens et 9 % d'échecs.

HOERR (153) enquêtant sur les résultats de 147 associations gastro-entéro-anastomose et vagotomie en relève 90 % de satisfaisants et 10 % de non-satisfaisants dont 6,8 % d'échecs. Il est intéressant de comparer l'interprétation de cette même statistique par WALTERS (312) : 68 % d'excellents résultats, 17 % de bons résultats (avec 15 % de diarrhée) et 12 % d'ulcères récidivants.

POLLARD (239) présente une statistique peu importante mais suivie au-delà de 5 ans :

globalement : 33 vagotomies				21 G.E.A. + X	12 X seules (7th., 5 Abd)
	satisfaits	insatisfaits	morts	échecs	échecs
1 ^{re} année	89,5 %	10,5 %		9,5 %	16,6 %
2 ^e —	78,4 %	21,6 %	2	14,5 %	36,4 %
5 ^e —	78,4 %	21,6 %	—	14,5 %	36,4 %

montrant que la pérennité de la vagotomie se joue à la fin de la première année. Il l'oppose à 1.233 gastrectomies où il note une mortalité de 3 à 5 %, 75 à 90 % d'excellents résultats, des échecs inférieurs à 10 % avec 3 à 4 % d'ulcères récidivants. Il conclut donc qu'à résultats identiques (statistique personnelle de gastrectomies avec 86,8 % d'excellents résultats et 85,7 % d'excellents résultats avec l'association gastro-entéro-anastomose-vagotomie) l'association vagotomie et gastro-entéro-anastomose est supérieure car sa mortalité est nulle (gastrectomie 6,1 %) et l'incidence de l'ulcère récidivant après 5 ans y est moindre : 4,7 % (gastrectomie : 9,4 %).

GUY (140), en 1953, à propos de 170 vagotomies associées à une gastro-entéro-anastomose relève une mortalité inférieure à 1 %, 90 % de malades satisfaits, 10 % d'insatisfaits dont un ulcère récidivant et 7 malades suspectés de récidive.

LAGROT (174), en 1952, pour 87 associations vagotomie-entéro-anastomose donne les proportions suivantes : 85,10 % d'excellents résultats, 12,76 % de résultats moyens et 2,12 % d'échecs.

A propos de cette dernière statistique qui confirme l'enthousiasme de l'auteur, nous nous permettrons une remarque : elle concerne surtout des Nord-Africains et, sans nul doute, la méthode leur est certainement mieux adaptée que la gastrectomie. En effet, celle-ci, en plus de ses inconvénients exagérés sur ce terrain particulier, apporte un risque encore accru de bacilliose pulmonaire.

3°) Enfin, entre les deux positions se placent les auteurs qui préfèrent n'utiliser la vagotomie qu'en certains cas particuliers ou avec certaines réserves :

POLLOCK (240), en 1952, sur un total de 1524 cas a réalisé :

— 736 vagotomies seules (dont 73 [18 %] déjà opérées pour ulcère) : 78 (10,6 %) sont morts ou n'ont point été revus ; mais il a 9,4 % de récidive dans ce groupe.

— 788 vagotomies associées : 69 (9 %) sont morts ou n'ont point été revus mais il a 1 % d'ulcères récidivants certains et 7 % de malades évoluant la récidive.

Il en conclut que la vagotomie seule n'est pas satisfaisante, que la vagotomie combinée donne de meilleurs résultats mais qu'il ne dispose pas encore d'assez de recul pour les juger.

BROOKS (39), en 1953, étudiant les suites de 126 malades sur 132 opérés entre 1943 et 1948 (disposant donc d'un recul de 6 à 10 ans) oppose 82 vagotomies seules avec 67 % de malades satisfaits et 15 échecs (3 ulcères hémorragiques, 10 ulcères récidivants (13 %), 2 syndromes d'insuffisance vagale)

à 36 associations vagotomie-gastro-entéro-anastomose avec 75 % de malades satisfaits et 7 échecs (5 ulcères récidivants [14 %], 2 ulcères hémorragiques); il conclut que la vagotomie seule n'est pas suffisante, que la vagotomie associée à la gastro-entéro-anastomose est un procédé « pauvre », mais il reste partisan de l'association vagotomie-gastrectomie.

TEXTER et BARBORKA (289), en 1954, estiment que l'association de la vagotomie à la gastro-entéro-anastomose ou à la gastrectomie, diminue les chances de récurrence post-opératoire et d'hémorragies mais que la gastrectomie subtotale reste l'intervention de choix pour le traitement chirurgical de l'ulcère.

SAVY (266) et WERTHEIMER (323), en 1948, pensent que la vagotomie doit prendre sa place parmi les moyens thérapeutiques de l'ulcère.

BEATTIE (21), en 1949, à propos de 160 cas, en vient à abandonner la vagotomie systématique pour la réserver à quelques variétés d'ulcères, tout en exprimant cette restriction : « c'est un espoir dont il ne faut pas trop attendre ».

COLP (56), en 1950, n'est déjà pas satisfait des résultats éloignés et abandonne dans une large mesure la vagotomie.

ORR et JOHNSON (231 et 162) pratiquent seulement l'association quand les risques de la gastrectomie leur paraissent trop élevés.

WALTERS en 1947, (306) est déjà très prudent quant à l'emploi de la vagotomie.

En 1950, (307) et en 1951 (310) il ne la considère que comme intervention d'appoint;

en 1953, (312) il fait remarquer que la vagotomie n'apporte rien de plus à la gastro-entéro-anastomose sinon 10 à 17 % d'une nouvelle pathologie, et, ne l'associe à la gastrectomie que s'il craint plus particulièrement d'après l'hérédité et un taux d'acidité pré-opératoire élevé la possibilité d'une récurrence.

JORDAN (163) dans un rapport présenté le 3 novembre 1952 à l'Association Américaine de Gastro-entérologie où il compare les résultats de 4076 vagotomies à 1144 gastrectomies, en vient à réserver l'association gastro-entéro-anastomose et vagotomie au remplacement de la gastrectomie pour exclusion.

Un *Editorial* du *J.A.M.A.* (330) commentant le rapport de JORDAN du 3 novembre estime que la gastrectomie des 2/3 est meilleure que l'association gastro-entéro-anastomose et vagotomie dans le traitement de l'ulcère duodénal.

Pour PRIESTLEY et Collaborateurs (242) la vagotomie dans l'ulcère duodénal est une question d'opportunité (ulcère inextirpable, malade âgé), la gastrectomie partielle restant le procédé de choix. C'est aussi l'opinion de d'ALLAINES, BANZET, DELANNOY, SANTY et ROUX (6) en mars 1951, de LAVARDE (181) et MERIEL (210) en 1948, de NISSEN (226) et de VERNE (298) en 1952 : la vagotomie associée ou seule vit des contre-indications de la gastrectomie.

De cette longue enquête, il ressort que la vagotomie seule employée d'emblée dans le traitement de l'ulcère duodénal uniquement, n'a pas confirmé les espoirs que l'on avait placés en elle :

— elle joue un rôle immédiat indiscutable sur la diminution de

l'acidité gastrique et elle apporte une sédation de la douleur mais ses avantages sont bien compromis par les troubles moteurs gastro-intestinaux qu'elle entraîne concurremment.

— Quant à la pérennité de ces actions, elle demeure bien incertaine : le fait que la résection ait été complète ou incomplète peut toujours se discuter et à ce sujet, la valeur du test à l'insuline est mis en doute par HOLLANDER (316) lui-même; que ce soit par régénérescence nerveuse partielle ou totale, suppléance par d'autres voies nerveuses ou réadaptation des plexus autonomes intra-muraux, qu'on tienne compte encore des variations anatomiques selon les individus, les effets de la vagotomie ont toutes chances d'être aussi inconstants que ceux de la gastro-entéro-anastomose.

— Le fait qu'elle puisse, dans certains cas, être totalement inefficace sur l'évolution d'un ulcère et même la précipiter, incite encore plus à la prudence.

— Ses échecs ont conduit ces promoteurs eux-mêmes à l'associer :

Dans l'association vagotomie-gastro-entéro-anastomose, il apparaît que la gastro-entéro-anastomose est l'acte essentiel : la vagotomie l'améliore-t-elle, la complique-t-elle ? A cette question, nous avons vu combien les réponses étaient contradictoires...

Aussi cette méthode ne doit-elle, et ne peut-elle avoir que des indications d'exception liées :

— à certaines conditions anatomiques : ulcère duodénal ou prépylorique inextirpable, ulcère postérieur haut situé, ulcère juxta-cardiaque où la relative bénignité des deux gestes peut prévaloir une gastrectomie pour exclusion ou une gastrectomie polaire supérieure risquées;

— à certaines conditions de terrain : les psychismes très instables et peut-être les anciens tuberculeux pulmonaires, les professions de force, les grandes insuffisances économiques.

Nous étudierons plus loin les incidences de la vagotomie sur la gastrectomie.

II°. - *Méthodes directes.*

A) L'excision limitée, la cautérisation (BALFOUR) suivie de suture et d'enfouissement sont abandonnées à cause de l'insuffisance de leur action : agir seulement sur la lésion palpable d'une « maladie d'organe » sans autre geste n'a pas l'excuse de l'urgence comme l'épiploplastie et l'enfouissement simple dans le traitement de la perforation ulcéreuse. En effet, le chirurgien peut actuellement beaucoup plus et s'attaquer non seulement à la conséquence mais aussi à la cause.

B) La gastrectomie pour ulcère a effectivement au moins deux buts :

— enlever l'ulcère et par là-même, les menaces évolutives qu'il détiënt;

— supprimer la maladie :

— en enlevant une muqueuse incapable de se protéger,

— en corrigeant le dysfonctionnement de la sécrétion gastrique responsable de l'hyperacidité à la fois :

— indirectement, par l'ablation de l'antré : zone excito-sécrétoire du fundus ;

— directement, par l'ablation de tout ou partie du fundus, substratum de la sécrétion acide.

Certains ont même proposé la gastrectomie totale mais celle-ci apparait d'ores et déjà disproportionnée par ses dangers et sa morbidité post-opératoire pour le traitement d'une lésion bénigne.

Physiologiquement et techniquement, la gastrectomie pose deux problèmes :

— celui de son étendue,

— celui du rétablissement de la continuité : gastro-duodénale ou gastro-jéjunale auquel se greffe celui de l'orientation et des dimensions de l'anastomose.

a) Le problème de l'étendue :

La gastrectomie comprend différents degrés d'extension vers la gauche toujours difficiles à comparer faute d'une normalisation des repères ou d'une mensuration précise, non pas de la portion enlevée, mais de celle laissée en place (MORENO-TINAJERO [220]). En effet, ce peut être une simple pylorectomie parfois élargie au tiers ou à la moitié de l'estomac, ou une gastrectomie des 2/3 étiquetée soit partielle soit sub-totale alors que ce dernier terme devrait être réservé aux gastrectomies des 4/5 ou des 7/8. En 1931, LERICHE (188) avait déjà mis l'accent sur cette difficulté de distinguer, dans les différentes statistiques, les gastrectomies insuffisantes des gastrectomies larges.

Dans quelle mesure peut-on préciser après l'intervention les dimensions d'une gastrectomie antérieure ? Nous avons vu que le compte-rendu opératoire, si on l'a en mains, n'apporte le plus souvent que des données subjectives. Par ailleurs, il n'y a pas de parallélisme anatomique et radiologique : le rebord costal utilisé comme repère est assez imprécis. Enfin, l'on peut toujours invoquer l'accroissement ultérieur des dimensions du moignon gastrique et même une « gastralisation » intestinale.

En 1947, DELANNOY (71) rappelle qu'autrefois la gastrectomie était peu étendue et que l'on ne voyait pas d'ulcère peptique : ainsi GOULLOND, (131) en 1936, à la Société de Chirurgie de Lyon affirmait n'avoir pratiqué que des pylorectomies élargies et n'avoir pas vu d'ulcère récidivant en 25 ans. Actuellement, l'on fait des gastrectomies beaucoup plus larges et pourtant l'ulcère peptique est plus fréquent. Faut-il invoquer des facteurs carenciels (corps gras et vitamines), des possibilités meilleures de diagnostic de l'ulcère réci-

divant (d'autant que l'on craint son éventualité) ou un potentiel évolutif plus grave de la diathèse ulcéreuse ?

Quoiqu'il en soit, il apparaît logique de penser que plus on enlève de muqueuse moins on devrait risquer l'ulcère récidivant : ce fait semble se vérifier mais, en contre-partie, on observe alors plus fréquemment les divers « troubles après gastrectomie » : déficit pondéral, diminution de la capacité de travail, anémie, syndrome du petit estomac et dumping-syndrome qu'ont étudiés M. GIRARD et CHABANON (116), BUTLER et GAPER (41 et 43), WELLS et WELBOURN (320) et IRVINE (158); ils peuvent être bénins ou, au contraire, compromettre sérieusement les résultats attendus de l'intervention.

Les bases physiologiques de la gastrectomie se vérifient cliniquement : SANTY, MARION et Collaborateurs (263), en 1948, montrent que la gastrectomie sub-totale apporte une réduction du volume de la sécrétion et de sa teneur en acide chlorhydrique mais ils soulignent le fait que de petits moignons peuvent rester encore acides. NORING (228) étudiant 15 gastrectomies note une diminution de la sécrétion nocturne et conclut que l'ablation du pylore a un effet au moins identique à celui de la vagotomie. Pour MOUTIER et CORNET (223) : « L'étendue de la résection ne met à l'abri ni du syndrome de chasse, ni de l'ulcère jéjunal, ni des stomites de quelques types qu'elles soient, pourtant les résections larges exposent à moins d'altérations lésionnelles, les interventions parcimonieuses davantage à ces accidents ».

Ce problème de l'étendue de la résection gastrique n'est pas résolu de la même manière par tous les auteurs :

FROMME (112) ne relève que 3 ulcères récidivants sur 2.000 hémi-gastrectomies.

MOLONEY (216) estime qu'il vaut mieux enlever moins d'estomac que de faire une gastrectomie des 3/4 avec inconvénients nutritionnels accrus.

Pour HOFFMANN (154), en 1953, trop d'importance est donnée au facteur acidité et les petites résections ne prédisposent pas plus à l'ulcère récidivant sans avoir les risques et les inconvénients de la gastrectomie étendue.

A l'opposé,

Von HABERER (141) combattant les idées d'HOFFMANN dit n'avoir eu que 6 ulcères récidivants sur 1.111 gastrectomies des 2/3 (0,5 %) et il cite FRIEDMAN qui sur 265 Billroth II aurait eu 39 ulcères récidivants (14,6 %) dont 33 après Billroth II économique donc huit fois plus que dans le Billroth des 2/3.

MORENO-TINAJERO (220) en 1937 estime à 0,7 % l'incidence des ulcères récidivants après gastrectomie étendue et à 7 % celle après gastrectomie peu étendue.

GLENN (119), en 1952, présente une statistique de 1.414 gastrectomies de 65 à 75 % d'étendue avec une mortalité de 1,9 %, et après 5 ans, 85 % d'excellents résultats et moins de 5 % d'ulcères récidivants.

STRAUSS (284), en 1952, a pu suivre 1.200 gastrectomies sur les 1.796 que lui et ses collaborateurs ont réalisées depuis 1917 avec la même technique : ce sont des résections des 3/4 dont 93 ont été associées à une cholecystectomie. La mortalité globale est de 2,5 % mais, de 3,5 % au début, elle a baissé à 1,4 % au cours de ces dernières années. Il accuse 95 % d'excellents résultats avec un taux d'ulcères récidivants inférieurs à 1 %.

RAUCH (245), en 1952, étudie les résultats de 732 gastrectomies des 3/4 : la mortalité d'abord de 4,7 % est descendue à 2,7 % ; il a 26,4 % d'excellents résultats, 63 % de résultats satisfaisants et 10,4 % de mauvais résultats dont 13 ulcères récidivants soit : 1,5 %.

L'exposé de ces statistiques avec la variabilité de leur interprétation montre aussi combien il est souvent difficile de se faire une opinion exacte, parce que l'appréciation des résultats est différente selon les auteurs et que les opérés ne sont jamais tous suivis.

Si le problème de l'extension de la gastrectomie vers la gauche est toujours à l'ordre du jour, celui de la duodénectomie associée n'a pas toujours été au premier plan des préoccupations chirurgicales. Or il est indéniable que l'antra (ou sa muqueuse) laissé en place, a déjà un rôle important dans la genèse de l'acidité persistante (DRAGSTED et Collaborateurs [91], FROMME [112], WELMANS [86]). Le duodénum semble lui aussi participer à ce mécanisme d'entretien de l'acidité comme y insistait DUMERY (99) dans sa thèse en 1945 : à propos de 2 observations où la résection d'un petit moignon duodéno-pyloro-prépylorique a guéri un ulcère récidivant près gastrectomie ; il conclut que la duodénectomie a un rôle essentiel dans la diminution de la sécrétion gastrique. WILLEMS et Collaborateurs (325) en 1949, en apportent une nouvelle preuve. Ce n'est donc pas une simple gastrectomie des 2/3 que l'on doit réaliser mais une gastro-duodénectomie.

A l'opposé, la fundusectomie totale que réalise la « gastrectomie inversée » proposée par DELOYERS (80) en 1951, néglige cette zone antro-pyloro-duodénale pour enlever toute la zone acide.

Les premières tentatives semblent encourageantes mais, en 1955, son promoteur (81) ne fournit pas encore de résultats et nous nous abstiendrons de toutes les critiques que nous pourrions formuler à ce sujet.

b) Le problème du rétablissement de la continuité.

— Si l'anastomose est gastro-duodénale, cela suppose a priori une résection moyenne, malgré les artifices techniques et qu'elle soit termino-terminale à la suture ou au bouton ou termino-latérale. Ce mode paraît plus physiologique : le duodénum est évidemment le segment intestinal qui se défend le mieux contre l'acidité et la disposition normale du carrefour gastro-bilio-pancréatique est conservée. SANTY, FINSTERER (107) et de nombreux auteurs le considèrent comme un procédé parfaitement utilisable et presque sans risque si les indications en sont bien posées : il exige des conditions anatomo-

miques favorables et un état général satisfaisant mais GOFFIN et PELLET (121) sur 68 Péan accusent 7 ulcères récidivants soit : 10 % CONSTANTINI et PIETRI (59) pour 10 Péan, 2 ulcères récidivants, 2 syndromes douloureux persistants et 1 rétrécissement de l'anastomose : ils incriminent la mauvaise vascularisation de la première portion du duodénum, l'étroitesse de la bouche anastomique, l'allongement et la tension du duodénum, facteurs de stase.

Donc, ce mode d'anastomose doit être réservé à l'ulcère gastrique. Il sera, dans l'ulcère duodénal, supplanté par l'anastomose gastro-jéjunale, à cause des difficultés techniques, de la possibilité de désunion des sutures, du risque de sténose de la bouche par l'évolution pour leur propre compte des phénomènes inflammatoires péri-ulcéreux.

— L'anastomose gastro-jéjunale est beaucoup plus aisée d'exécution mais doit obéir à certaines règles techniques :

anse aussi courte que possible; il faut éviter au maximum l'anastomose en Y ou la jéuno-jéjunostomie au pied d'une anse longue. Pourtant SCHMORELL (267), en 1949, préconise toujours une anastomose sur anse longue pré-colique avec jéuno-jéjunostomie complémentaire, en réfutant les critiques classiques. STEINBERG (279) réaffirme que l'intervention la meilleure est la gastrectomie rétro-colique avec anse courte et anastomose termino-latérale.

Nous avons tenté de confronter des résultats de ces deux modes d'anastomose, en gastro-duodénale et gastro-jéjunale :

Auteurs	Anastomose G.D.	Mortalité	Anastomose G.J.
HUBER (155) en 1949	115 : 4 URPO (5,2 %)	7,2 %	2.978 B II : 16 URPO (0,68 %)
WALLEINSTEIN (304) en 1953	364 : 13 URPO (6%) mais 1 URPO pour 103 ulc. gastriques (1 %) 12 URPO pr 261 ulc. duodénaux (4,6 %)	2,2 %	
MARTIN (208) en 1953		2,5 %	520 G. 2/3 : 16 URPO (3 %)
TROELL (293) en 1954		P.O. 3 % autres causes: 2 % perdus de vue: 4 %	749 B II : 87 % bons résultats 3 % séquelles de G. 1 % URPO
MOLONEY (216) en 1954	98 B I : 2 % URPO		56 Polya : 2 % URPO
ROSS (257) en 1952	65 : 5 URPO (7,70 %) + 3 suspects		91 : pas d'ulcère récidivant

Billroth I ou Péan-Kocher-Santy doivent donc être réservés à certains ulcères gastriques où les conditions anatomiques sont favorables pour réaliser sans danger une intervention plus physiologique que l'anastomose gastro-jéjunale.

Enfin les dimensions et l'orientation de l'anastomose gastro-jéjunale ont été l'objet de nombreuses discussions : large ou étroite; horizontale ou verticale, l'essentiel est d'éviter la stase et le reflux dans l'anse afférente. Que l'on réalise un Billroth II, un Polya ou un Finsterer, nous pouvons dire avec WELLS et Mac PHEE, (322), qu'avec n'importe quel type d'anastomose, l'incidence de l'ulcère récidivant varie inversement à l'étendue de la résection. Ils ajoutent qu'au moins pour le Polya le syndrome de l'anse afférente varie directement avec l'étendue de la résection.

c) Résultats de la gastrectomie.

Nous avons réuni quelques statistiques concernant de grandes séries de gastrectomies pour ulcères, détaillant plus ou moins leurs résultats.

WALTERS (305), en 1940, sur 212 gastrectomies partielles, type Polya, relève une mortalité de 1,9 % et 2,5 % d'ulcères récidivants pour 197 cas suivis.

FALLA (103), en 1951, a ses résultats grevés de 4,4 % de dumping-syndrome et de 5,8 % d'ulcères récidivants.

CHARRIER (51) sur 347 gastrectomies accuse une mortalité de 3,7 % et ne relève que deux ulcères récidivants sur 275 opérés suivis, chiffre qu'il déclare lui-même certainement très inférieur à la réalité.

OGILVIE (230), en 1952, pour 1.456 Billroth I et II trouve une mortalité de 2,7 %, 93 % d'excellents résultats, 5,6 % de résultats satisfaisants et 1,4 % de mauvais résultats.

BELL (22) a six morts soit : 4 % pour 154 gastrectomies sub-totales.

BERGER (24) en 1953, pour 1535 gastrectomies (92 Billroth I et 1.443 Billroth II pré-colique) décompose ainsi ses taux de mortalité :

1.175 gastrectomies pour ulcère non compliqué : 2,8 %

113 pour ulcères hémorragiques : 7 %

227 pour ulcère perforé : 8,9 %

et 1 mort pour 19 interventions pour ulcère récidivant.

HARVEY (144), en 1953, à propos de ses 898 gastrectomies (232 pour ulcères gastriques, 666 pour ulcères duodénaux) : 100 morts (11,1 %) et 89 % de malades suivis, expose ses résultats en deux séries: 314 malades suivis depuis plus de 5 ans et les autres

Chez les premiers, il note pour les ulcères duodénaux 86 % d'excellents résultats, en 1946, réduits à 33 %, en 1951, et pour les ulcères gastriques 82 % d'excellents résultats, en 1946, réduits à 78 %, en 1951.

Chez les autres, les chiffres de 1951 sont supérieurs à ceux qu'il avait notés en 1946: 88 % d'excellents résultats pour les ulcères duodénaux et 91 % pour les ulcères gastriques. L'incidence de l'ulcère récidivant est globalement de 4,5 % pour les ulcères duodénaux, de 0,5 ou 2 % pour les ulcères gastriques.

KOURIAS (169), en 1955, ayant suivi 600 gastrectomisés sur 1.028 (61 %) décompose les résultats en 63,7 % d'excellents, 25 % de bons, 8,9 % de moyens, 2,4 % de médiocres et 0,5 % d'ulcères récidivants. Mais il trouve 21 % de dumping-syndromes avec 16 % de formes légères et 5 % de gravité moyenne.

Enfin, SAVY, cité par BERTRAND et CREYSSSEL (25), sur une série de 89 malades opérés par des chirurgiens différents, signale 90 % d'excellents résultats, 1 seul ulcère récidivant, et, chez 7 malades persistance de petits troubles digestifs. Il est vrai que dans une autre série de 350 gastrectomisés, il relève parmi eux 87 malades (24,8 %) qui ont présenté soit une gastrite rebelle, soit un syndrome du petit estomac soit de la diarrhée; dans ce groupe, il trouve 14 ulcères récidivants (4 %).

Ainsi, la gastro-duodénectomie d'étendue moyenne, c'est-à-dire au moins des 2/3 est l'arme chirurgicale essentielle vis-à-vis de la diathèse ulcéreuse :

— elle enlève l'ulcère et réduit l'acidité;

— elle expose moins que la sub-totale à rendre « infirme » les gastrectomisés, leur permettant de mener une vie pratiquement normale sous conditions d'observer certaines précautions élémentaires d'hygiène alimentaire.

— Peu importe semble-t-il le mode d'anastomose gastro-duodénale (à moins d'ulcère duodénal) ou gastro-jéjunale (trans-mésocolique ou pré-colique);

— Elle guérit définitivement de l'ulcère dans 75 % des cas avec de bons résultats à lointaines échéances. Le déficit pondéral, la diminution de la capacité de travail, les anémies qu'elle peut provoquer peuvent être réduits efficacement par le rétablissement de la masse sanguine (MALET-GUY et Collaborateurs [203]).

— Il n'en demeure pas moins que sur les 25 % qui restent on peut compter 4 à 7 % de mortalité, 10 à 20 % de syndromes post-gastrectomie (y inclus l'incidence de la bacillose pulmonaire) et 1 à 3 % d'ulcère récidivant en dehors de toute faute d'indication ou de technique.

— Ces 3 éléments : mortalité, syndromes post-gastrectomie, ulcères récidivants s'interfèrent dans les résultats : une gastrectomie très étendue donnera un taux de mortalité et de syndromes post-gastrectomie plus élevé alors qu'une gastrectomie plus réduite risquera au contraire d'exposer beaucoup plus à l'ulcère récidivant.

La duodéno-gastrectomie des 2/3, la plus communément pratiquée, est donc nettement supérieure à la gastro-entéro-anastomose associée ou non à la vagotomie; mais que penser de l'association de cette dernière à la gastrectomie ?

C) La gastrectomie associée à la vagotomie.

Devant les échecs de la vagotomie seule et son insuffisance lorsqu'elle complète une gastro-entéro-anastomose et, ceci malgré des bases physiologiques solides, vérifiées tant expérimentalement que cliniquement, devant l'incidence basse mais indéniable de l'ulcère récidivant même après une duodéno-gastrectomie suffisamment étendue (et parfois très large), malgré une réalisation technique irréprochable, de nombreux auteurs surtout Anglo-Américains crurent qu'ils tenaient la solution idéale en associant une méthode d'exérèse à résultats pratiquement constants et une méthode physiologique.

Que peut-on attendre de cette association ? La duodéno-gastrectomie à elle seule en plus de ses propres buts, réalise pour le moins une importante neurectomie mais pour s'assurer de l'anacidité définitive du moignon gastrique et prévenir l'ulcère récidivant, la vagotomie complémentaire paraît logique.

Ce raisonnement fut poussé plus loin puisque certains auteurs sous couvert de la vagotomie ont envisagé de réaliser des gastrectomies limitées à la moitié et même au tiers de l'organe.

Voici les résultats de cette association, publiés à ce jour, parfois comparés à ceux qu'ont obtenus les auteurs avec la gastrectomie simple :

1°) Sont partisans d'une gastrectomie plus ou moins limitée, associée à une vagotomie :

FARMER et Collaborateurs (104), en 1951, estiment que les résultats de l'hémigastrectomie associée à la vagotomie sont identiques à ceux de la gastrectomie des 2/3 associée ou non à une vagotomie vis-à-vis de l'acidité résiduelle, mais critiquent l'idée d'une gastrectomie du tiers associée à la vagotomie qu'ils trouvent insuffisante.

HAND (142), en 1953, a pratiqué 12 vagotomies seules grevées de cinq ulcères récidivants et 8 gastro-entéro-anastomoses associées à la vagotomie grevée de 4 ulcères récidivants (12 %). D'après ses chiffres, il conclut qu'évidemment la vagotomie seule doit être abandonnée mais reste toujours partisan de l'hémigastrectomie associée à la vagotomie étant donné les très bons résultats datant de deux ans qu'il en a obtenus pour 17 malades sur les 32 opérés de cette manière...

WELLS et Mac PHEE (322), en 1954, soutiennent qu'une résection plus limitée avec anastomose gastro-duodénale et vagotomie, représente le meilleur mode de traitement actuel dans la chirurgie de l'ulcère.

COFFEY (54), en 1955, a pratiqué 55 vagotomies avec hémigastrectomie et anastomose gastro-duodénale (FINNEY-VON HABERER) qui lui ont donné seulement 1 ulcère récidivant et 4 dumping-syndromes : il se déclare donc satisfait de cette méthode.

2°) Sont partisans de la duodéno-gastrectomie au moins des 2/3, associée d'emblée à une vagotomie :

BALTZ (11), en 1954, a pratiqué 108 gastrectomies associées à une vagotomie. Il note : une mortalité de 1,6 %, 86 % excellents résultats, 10,2 % résultats satisfaisants, 3,7 % résultats médiocres et un ulcère récidivant guéri par le traitement médical. Il conclut qu'il faut associer d'emblée la vagotomie à la gastrectomie et non pas la réserver uniquement à la récidive.

WEINSTEIN (318) présente, en 1955, une statistique générale :

— 20 gastro-entéro-anastomoses : 17 malades satisfaits, 3 ulcères récidivants (15 %)

— 58 gastro-entéro-anastomoses associées à la vagotomie : 52 malades satisfaits, 6 ulcères récidivants (10 %)

— 218 gastrectomies seules : 4 décès (2 %), 201 malades satisfaits et 13 ulcères récidivants (6 %)

— 161 gastrectomies associées à la vagotomie : 3 morts (1,5 %), 157 malades satisfaits et 1 ulcère récidivant (0,6 %). Il en conclut que la gastrectomie est le meilleur traitement de l'ulcère et qu'elle a tout à gagner de son association d'emblée à la vagotomie.

3°) N'emploient pas de façon systématique la vagotomie complétant la gastrectomie :

PALUMBO, en 1954, étudiant les suites de 231 malades représentant : 83 % de gastrectomies avec ou sans vagotomie donne les résultats suivants :

	188 Gastrectomies des 3/4	43 Gastrectomies + Vagotomie
Complications P.O.	26 %	33 %
Décès	8 (4 %)	1 (2,4 %)
Diarrhée	8 %	21 %
Bons résultats	89 %	80 %
Ulcère récidivant	2 (1,3 %)	0

(Toutes les gastrectomies sont des résections des 3/4 avec anastomose gastro-jéjunale pré-colique à anse courte).

L'auteur conclut que la vagotomie n'est donc pas sans inconvénients :

— complications post-opératoires plus fréquentes mais pas plus graves ;

— plus de diarrhées ;

— moins de bons résultats mais pas d'ulcères récidivants

et, il propose de réserver l'association aux malades à instabilité neuro-végétative évidente et chez lesquels le laboratoire a montré une réponse élevée au test de HOLLANDER.

IMPARATO (157), en 1955, sur 484 gastrectomies a pratiqué :

— 65 fois l'association à la vagotomie qui lui a donné une plus grande fréquence de dumping-syndrome.

— 27 Billroth I où il a eu 30 % de dumping-syndrome

— et 392 duodéno-gastrectomies isolées type Polya-Balfour, en précolique qui seules lui ont donné d'excellents résultats dans l'ensemble.

JOHNSON et ORR (162), en 1954, analysent les résultats de 486 gastrectomies dont 236 associées à la vagotomie : ils concluent que la gastrectomie des 2/3 associée à la vagotomie prévient aussi bien l'ulcère récidivant que la gastrectomie seule des 5/6 ou des 7/8. Mais ils n'associent pas la vagotomie de manière systématique, même dans l'ulcère duodénal : ils la réservent seulement aux malades paraissant capables de récidiver. Ainsi, ils ont pratiqué l'association gastrectomie des 2/3 (de préférence Billroth I) et vagotomie dans 56 % des ulcères duodénaux opérés et 5 % des ulcères gastriques.

DRUCKERMAN et Collaborateurs (95), en 1953, ont pratiqué, depuis 1946, l'association gastrectomie et vagotomie. Sur leur 385 ulcères duodénaux opérés en 6 ans, ils ont fait 220 (57 %) gastrectomies et 165 (43 %) gastrectomies et vagotomies. Ils constatent que dans ce dernier groupe la morbidité post-opératoire est plus grande (complications pulmonaires) et ils notent 2 morts sans relation apparente avec la vagotomie.

Dans les trois mois qui suivent l'intervention, l'association donne une plus grande fréquence de diarrhée et de vomissements et à peu près autant de dumping-syndrome que la gastrectomie seule ; mais dans les résultats tardifs, ils soulignent 98 % de bons résultats pour l'association contre 93 % pour la gastrectomie. Ils en concluent que l'association gastrectomie et vagotomie est un gage précieux contre l'ulcère récidivant mais au prix de plus de complications post-opératoires : elle est donc à réserver aux malades qui peuvent en faire les frais car les résultats en sont encourageants.

Pour BANCROFT (12), en 1951, la gastrectomie est l'intervention de choix dans les cas sélectionnés et avec les précautions actuellement bien établies. Même la gastrectomie pour exclusion avec excision de la muqueuse antrale est justifiée pour un ulcère duodénal inextirpable. La vagotomie reste utile seulement dans quelques cas d'ulcères récidivants car elle n'a pas satisfait ses espoirs antérieurs.

Des opinions précédemment rappelées, il ressort que :

— La vagotomie complétant d'emblée une gastrectomie est une arme préventive sérieuse contre l'ulcère récidivant et c'est finalement, dans le traitement chirurgical d'emblée de l'ulcère, la seule modalité de son emploi à quelques exceptions près.

— Il n'apparaît pas pour l'instant que cette association justifie une gastrectomie moins étendue que les classiques 2/3.

— La vagotomie rend les suites immédiates de la gastrectomie bien moins confortables avec une particulière fréquence de complications pulmonaires, de diarrhée et de vomissements. (Elle ne paraît pas intervenir sur l'incidence du dumping-syndrome). C'est au prix de ces inconvénients que l'on observe des résultats à peu près identiques : si avec l'association on n'observe pratiquement pas d'ulcères récidivants, la qualité des suites immédiates et lointaines est moins

bonne qu'après gastrectomie seule. A ce sujet, les détails que donne PALUMBO et ses Collaborateurs (233) sont intéressants :

	Après gastrectomie (%)	Après G. + Vagotomie (%)
Bons résultats : globalement	89 %	80 %
Poids : gain	40 %	42 %
perte	42 %	42 %
identique	18 %	16 %
Dumping-syndrome	17 %	20 %
Diarrhée	8 %	21 %
Régime : normal	72 %	63 %
restreint	28 %	37 %
Douleurs : pas	85 %	80 %
un peu	11 %	17 %
à caractère ulcéreux	4 %	3 %
Travail : bon	73 %	63 %
moyen	10 %	11 %
médiocre	8 %	8,5 %
inapte	8 %	17,5 %
Ulcère récidivant	2 : 1,3 %	0

— Il en résulte que dans le traitement initial d'un ulcère, la gastro-duodénectomie des 2/3 reste le traitement de choix. La vagotomie ne doit pas lui être associée systématiquement, sauf chez les malades qui paraissent avoir plus de chance de faire une récurrence : ces risques s'évalueront d'après :

- les notions de terrain
- l'allure évolutive clinique de l'ulcère
- les constatations per-opératoires
- un degré plus important d'hyperchlordrie au chimisme gastrique.

Dans ces cas seulement, l'inconfort post-opératoire dû à la vagotomie est bien compensé par la prévention d'emblée de cette grave complication qu'est l'ulcère récidivant.

IV. — PATHOGENIE DE L'ULCERE RECIDIVANT POST-OPERATOIRE ELEMENTS DE SON TRAITEMENT PREVENTIF

Les causes de l'ulcère récidivant post-opératoire procèdent à la fois :

- de la pathogénie de l'ulcère gastro-duodéal
- des nouvelles conditions physiologiques (anatomiques et fonctionnelles) auxquelles les muqueuses gastrique et duodénale ou surtout jéjunale ont été soumises pour tenter de guérir la maladie ulcéreuse.

Nous étudierons donc successivement dans quelle mesure sont responsables :

- les interventions dites indésirables,
- la persistance des facteurs étiologiques de la maladie ulcéreuse,
- enfin, deux autres éléments : l'intervention en poussée ulcéreuse et les interventions en plusieurs temps.

1°) LES INTERVENTIONS « INDESIRABLES » DANS LE TRAITEMENT PRIMITIF DE L'ULCERE.

— *Bases pathogéniques*

Sans nous attarder à l'explication de mécanismes variés (rien de bien nouveau n'a été dit depuis l'exposé de LERICHE [180] au Congrès Français de Chirurgie de 1931), nous retiendrons seulement les travaux de DEBRAY et HARDOUIN (68) sur « l'ulcus expérimental de sortie » en 1953; ils insistent :

- sur la nécessité pour l'obtenir, d'un suc chlorhydro-peptique actif,
- sur le rôle anti-ulcéreux non négligeable des sécrétions duodéno-pancréatico-biliaires,
- sur la valeur capitale de la qualité de la paroi, dont les altérations sont en relation avec l'acidose, la dénutrition, le mauvais état général et la stase gastrique,

— sur un facteur local où ils invoquent la possibilité d'action de micro-traumatismes répétés.

Mais ils soulignent à nouveau l'absence de parallélisme entre l'expérimentation animale et la clinique humaine, en particulier dans l'allure évolutive de la maladie : continue chez l'animal, par poussées chez l'homme.

WALTERS et ses Collaborateurs (305), de même que WINKELSTEIN (327) notent toujours dans l'ulcère récidivant une quantité d'acide libre beaucoup plus élevée, que la normale; SUERMOND (285) avec SANDWEISS croit au rôle de l'acidité chlorydrique élevée et surtout de sa concentration nocturne, responsables de l'extension de la gastrite hyper-acide, celle-ci préparant l'apparition de l'ulcère. C'était aussi l'idée de X. DELOBE et GABRIELLE (79), en 1937, qui par ailleurs niaient, en dehors des clamps, tout rôle au matériel de suture, au bouton ou à la situation de la bouche.

En effet, de nombreux auteurs insistent sur l'existence de lésions pré-existantes à l'apparition de l'ulcère : lésions d'abord diffuses où la jéjunite (BASSO [19]), la stomite, la gastrite sont une étape inflammatoire dûe soit à l'acidité soit aussi à certaines causes locales, en particulier la persistance de fils de suture non résorbables. F. LAZARD (182) établissait, en 1937, un rapport entre certaines stomites et les fils de lin. Mais ces lésions irritatives n'aboutissent pas forcément à l'ulcère récidivant : MOUTIER (222), LEFEVRE (183), S. BLONDIN (33), en 1947, différencient l'ulcère récidivant vrai des lésions par persistance des fils au niveau de la bouche. D'autres auteurs ont cité des observations où, réintervenant secondairement après gastro-entéro-anastomose ou gastrectomie, ils ont découvert une anastomose en parfait état où persistaient, sans aucune réaction inflammatoire, des fils de lin ou de soie. Pourtant nous notons, dans nos observations 30 et 119 la coexistence d'un ulcère récidivant post-opératoire et de fils de soie ou de nylon.

MIZOGUTI (215), par ailleurs, cherche d'autres causes à support vasculaire, nerveux et lymphatique, favorisant les adhérences périanastomotiques et l'infection de la bouche, celle-ci aboutissant à une malnutrition qui prédispose à l'ulcère récidivant : à l'appui de cette idée, il apporte une observation où, à coté d'un ulcère récidivant, il a trouvé une pelote d'épiploon comprimant la région ulcéreuse, la rendant responsable de troubles circulatoires.

— Quelles sont à priori les interventions ou plutôt leurs modalités, susceptibles d'engendrer un ulcère récidivant ?

a) Les fausses indications : nous n'en avons aucun exemple dans notre statistique, mais DESPLAS (86) en particulier, a souligné que l'on peut rendre ulcéreux des malades opérés avec ce diagnostic

plus ou moins fermement posé, en créant des conditions physiologiques nouvelles que leur état ne justifiait pas.

b) La gastro-entéro-anastomose mettant en contact une muqueuse acide avec une muqueuse jéjunale mal défendue, y prédispose encore plus :

— si elle est réalisée par un montage en Y ou avec une anse longue et jéjuno-jéjunostomie complémentaire, qui dérivent de l'estomac les sucs duodéno-pancréatico-biliaires.

— Si elle est associée à une exclusion pylorique ou faite trop à gauche ou trop haute, favorisant la stase au niveau de l'antrum.

c) Les gastrectomies.

— Laisant persister un moignon encore acide et hyper-sécrétant :

- soit parce qu'elles ne sont pas assez étendues vers la gauche : même dans la sub-totale, 30 % des moignons peuvent rester acides (tous du reste ne se compliquent pas d'ulcères récidivants) comme l'a souligné S. BLONDIN (33)

- soit parce qu'elles laissent un moignon antro-pyloro-duodénal qui par le reflux dans l'anse afférente (DELOYERS [81]) joue un rôle dans l'acidité persistante : c'est une fois de plus la condamnation de la gastrectomie laissant l'ulcère duodénal en place (sans enlever la muqueuse antrale), et l'un des reproches que l'on peut faire à l'anastomose gastro-duodénale, pourtant plus physiologique.

— dont le rétablissement de la continuité n'est pas « orthodoxe » :

- bouche non déclive ou rétrécie;

- torsion, inversion ou coudure de l'anse efférente;

- anastomose en Y;

- anse longue avec ou sans jéjuno-jéjunostomie à la BRAUN : c'est la raison pour laquelle certains auteurs proscrivent l'anastomose en pré-colique, alors que cette dernière est, la plupart du temps, réalisable sur anse courte.

Nous allons analyser, autant que faire se peut, la nature et les modalités techniques des interventions antérieures détaillées par les auteurs ayant publié des statistiques d'ulcères récidivants.

	Nombre d'observa- tions	GEA	Resection limitée	GASTRECTOMIES						
				Anastomose gastro- duodénale	Pas précisée	Large	Anse longue	Anastomose pré-colique	Etroite	Gastrectomies pour exclusion
MORENO- TINAJERO (220) 1937	48		II		8	13			16	
SCHRAMM (268) 1937	10	7 dt 3 avec exclusion pylorique				I				2
BANZET (14) 1945	5	2							3	
BLONDIN (30) 1945	5			I		2			I	I
CAMES (42) 1946	40			6		17		5		10
dans toutes ces gastrectomies le pylore était conservé bien que larges en haut, sauf 5 fois										
CHARRIER (48) 1946	67	50				3 4 G. secondaire			8 dt 3 JJ et en Y	2
DELANNOY (73) 1946	9	4				I			4	
DEMIRLEAU (82) 1946	95	88		I		4 dt 3 après G. Large pour U.R. après G.E.A.			3	
DESPLAS (86) 1946	28	22							3	3
10 fois l'indication était peu évidente, 8 fois fils de lin										
HEPP (147) 1946	2								I incompl. vers la droite	I
PAOLUCCI (234) 1946	75	67				2	I	2	3	
ABADIE (13) 1947	11 G.									4
BLONDIN (32) 1947	37					24 secondair à G.E.A. ou sutures	5 ac Y ou JJ			8
RINDONE (251) 1947	92	78				I		4	9	
VERHAEGUE (297) 1947	30 G.	Oécon 14 primit 6 second. 8 corr. 14 primitiv. 4 second.		I I	3	4 3 (dt 2 + JJ)	2 + JJ 2 + JJ		II I	
CORAJOD (58) 1948	2			2 p. ul du						
STEINBERG (278) 1948	71 dt 11 pyloro- plast +	36	16							8 sans ablation de la muqueuse antrale
WANKE (314) 1950	78 + suture	37							II	30
BERGER (24) 1953	19	2		6	10 B II					

Par ailleurs, dans notre statistique nous relevons :

- parmi nos 102 gastro-entéro-anastomose :

- 25 associées d'emblée, 3 à une jéjuno-jéjunostomie
20 à une suture pour perforation
2 à une exclusion pyloro-duodénale
- 1 gastro-entéro-anastomose après suture pour perforation
- 13 interventions secondaires à une gastro-entéro-anastomose :
 - 3 nouvelles G.E.A. dont 1 avec suture pour perforation
 - 2 résections limitées dont 1 avec jéjuno-jéjunostomie
 - 8 élargissements de la bouche dont : 2 avec suture pour perforation
1 avec 1 jéjunostomie complé-
mentaire.

- parmi nos 23 gastrectomies :

- 4 insuffisantes
- 1 sur anse longue
- 5 Péan-Kocher dont 3 pour ulcère duodéal
- 5 secondaires à une suture pour perforation sans G.E.A. dont :
 - 1 après gastrectomie avec anastomose en Y
 - 1 après gastrectomie pour exclusion.

Il existe donc des causes prédisposantes à l'ulcère récidivant en relation directe avec les « malfaçons » chirurgicales, dûes souvent à des difficultés techniques extemporanées et qu'il est toujours aisé de critiquer ultérieurement.

Du reste, ces imperfections n'aboutissent heureusement pas toutes à l'ulcère récidivant : dans toute intervention gastrique pour ulcère il existe une phase d'adaptation du jéjunum à ses nouvelles fonctions physiologiques; quelques soient les défauts ou la perfection de l'intervention initiale, cette phase peut être absolument silencieuse mais aussi se manifester, soit de manière relativement bénigne soit quelquefois par des accidents aigus type sténose de l'anastomose ou perforation d'un ulcère récidivant aigu. Avec BARRAYA (16), nous souscrivons volontiers à la notion d'ulcère de réception ou de rodage : « une place à part est à réserver à une catégorie d'ulcères récidivants précoces et transitoires, résultat de l'irritation du jéjunum anastomosé par la réception directe du suc gastrique acide immédiatement après gastrectomie » et aussi après gastro-entéro-anastomose.

A l'inverse, on comprend mal comment de nouvelles conditions physiologiques, d'abord fort bien tolérées, puissent aboutir, parfois à très longue échéance, à l'ulcère récidivant : c'est, sans doute, par la persistance ou la recrudescence des facteurs étiologiques propres à la maladie ulcéreuse elle-même.

II) La persistance des facteurs étiologiques de la maladie ulcéreuse.

Bien que STEINBERG (279) « nie tout rôle à la diathèse ulcéreuse comme facteur de l'ulcère récurrent jéjunal », nous croyons que,

si la formation de l'ulcère récidivant se montre souvent liée à un type d'intervention inadéquate, il existe des récidives après les gastrectomies les plus correctes. (HUBER [155]).

Nous avons déjà étudié ces facteurs étiologiques et montré comment l'intensité de l'un d'entre eux ou leur association pouvait faire craindre l'éventualité de la récidive post-opératoire. Nous insisterons donc seulement sur les faits suivants :

— La plupart du temps, les « opérés de l'estomac » manquent (ou refusent de les suivre) des conseils hygiéno-diététiques nécessaires pour l'adaptation à leur nouveau dispositif gastro-intestinal :

- repas fractionnés peu abondants et fréquents au moins pendant 1 an après l'intervention;
- abstention de lait pur et surtout de vin, d'alcool et de tabac;
- courtes siestes post-prandiales.

C'est ce qui nous a le plus frappé lors de l'interrogatoire des 22 malades que nous avons vus et dans quelques unes des 36 réponses à notre questionnaire.

— De même l'abandon de toute surveillance médicale est pratiquement constant.

Ces notions jouent, du reste, pour la qualité de l'ensemble des résultats, et, la persistance d'habitudes éthyliques est certainement un facteur important de récurrence par l'état inflammatoire des muqueuses qu'il entraîne.

III) Enfin, il est deux ordres de facteurs non négligeables :

a) le fait que l'intervention initiale ait eu lieu au cours d'une poussée ulcéreuse. Nous avons déjà noté la fréquence des ulcères initiaux hémorragiques et surtout perforés : dans ces cas évidemment l'urgence prime. Mais lorsque l'indication opératoire est posée sur l'intensité et la persistance des douleurs ou sur une sténose associée, n'y a-t-il pas intérêt à attendre une rémission ou à atténuer les signes par le repos et le traitement médical pré-opératoire ? En dehors des meilleures conditions anatomiques que ces précautions assurent au chirurgien, il est logique de penser :

- qu'elles sont aussi un gage contre les défauts de technique;
- qu'elles apportent une sécurité accrue pour les suites immédiates et retardées.

b) Les interventions en plusieurs temps : on est frappé, en lisant certaines observations d'ulcères récidivants, par le nombre d'interventions auxquelles ont été soumis ces malades : c'est souvent d'abord une gastro-entéro-anastomose avec ou sans suture d'un ulcère perforé, suivie pour des raisons diverses d'un élargissement de la bouche, ou même d'une nouvelle gastro-entéro-anastomose; puis dégastro-entérostomie avec ou sans entérectomie, gastrectomie, puis récurrence de l'évolution ulcéreuse, nécessitant des recoups gas-

triques et intestinales parfois multiples. CHARRIER en 1949, S. BLONDIN (32) rappellent qu'il ne faut pas « manquer le premier temps de la chirurgie pour ulcère », car il est incéniable que les résultats de la gastrectomie après gastro-entéro-anastomose, qu'il y ait eu un ulcère récidivant intercurrent ou non, sont nettement inférieurs à ceux de la gastrectomie d'emblée. Le même MALARTIC (20) affirme que : « si la gastrectomie faite d'emblée guérit presque à coup sûr la maladie ulcéreuse, il n'en est pas de même pour les malades, ayant déjà récidivé après intervention antérieure ».

Parmi nos 102 observations où une gastro-entéro-anastomose fut pratiquée en premier lieu, nous relevons :

3 récidives après une gastrectomie secondaire à une gastro-entéro-anastomose simple : observations 21, 52 et 125;

1 récidive après une gastrectomie secondaire à une gastro-entéro-anastomose + suture d'une perforation : observation 98;

1 récidive après 1 gastrectomie secondaire à une gastro-entéro-anastomose + suture d'une perforation : obs. 106;

2 récidives après une gastrectomie secondaire à une gastro-entéro-anastomose suivie d'une pyloréctomie : obs. 2 et 76;

1 récidive après gastrectomie secondaire à une suture pour perforation + une gastro-entéro-anastomose suivie d'une dégastro-entérostomie et confection d'une nouvelle gastro-entéro-anastomose : obs. 66;

2 récidives après une gastrectomie limitée secondaire à une gastro-entéro-anastomose : obs. 57 et 62;

1 récidive après une gastrectomie avec anastomose en Y, secondaire à une gastro-entéro-anastomose : obs. 111;

Soit : sur 11, au moins 8 observations où les résultats d'une gastrectomie adéquate furent grevés de récidive parce qu'elle n'avait pas été pratiquée d'emblée. Nous avons aussi 5 ulcères récidivants survenus après une gastrectomie secondaire à une suture isolée pour perforation.

Le traitement préventif de l'ulcère récidivant peut donc se résumer dans l'observance de deux règles précises :

— éviter les interventions « incésirables », ne pas opérer au moment des poussées ulcéreuses : en somme, mettre tout en jeu pour assurer d'emblée la guérison et faire en sorte que l'intervention réalisée ne devienne pas un « premier temps ».

— suivre et conseiller les opérés pour qu'ils observent les principes hygiéno-diététiques élémentaires nécessités par leur état.

D'autre part, d'après ce que nous avons lu, lorsque l'ensemble clinique, le laboratoire, l'aspect anatomique de la lésion ulcéreuse font craindre la possibilité d'une récidive, il y a intérêt, et seulement dans ces cas, à associer une vagotomie à une gastro-duodénectomie au moins des 2/3.

V.- CONSTATATIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES

En dépouillant les compte-rendus opératoires des interventions pour ulcère récidivant, nous avons fait les constatations suivantes concernant : l'ulcère lui-même, la dilatation de l'anse afférente, la pénétration, les adhérences péritonéales et péri-ulcéreuses.

1°) L'ULCERE LUI-MEME C'EST-A-DIRE LE SIEGE, LE NOMBRE, LES DIMENSIONS, LES LESIONS HISTOLOGIQUES ET LES LESIONS MUQUEUSES ASSOCIEES.

a) Le siège. - Il n'est pas précisé dans 27 observations.

— nous le notons 51 fois sur l'anastomose, plus particulièrement :

18 fois sur le bord antérieur

7 fois sur le bord postérieur

9 fois sur le bord droit

4 fois sur le bord gauche.

L'ulcère est fréquemment à cheval sur les deux muqueuses, gastrique et jéjunale avec suivant les cas, prédominance sur l'une ou sur l'autre.

— nous le trouvons seulement 4 fois gastrique pur (obs. 27, 36, 101 et 110)

— il siège 38 fois sur l'anse efférente, jamais très au-dessous de l'anastomose, mais 24 fois sur le bord mésentérique de l'anse et quelquefois sur l'éperon muqueux formé entre l'anse afférente et efférente

— 7 fois, il siège sur l'anse afférente dont 2 fois sur le bord mésentérique.

— 5 fois sur le duodénum après 5 Péan-Kocher.

b) Le nombre. - En général, l'ulcère est unique mais dans 8 observations (63, 64, 75, 77, 91, 96, 97 et 104) il est double. Dans ces cas, les ulcères sont toujours proches ou l'un en face de l'autre (obs. 96), rappelant le « kissing ulcer » duodéal.

c) Les dimensions nous sont données dans 72 compte-rendus. Evidemment, rien n'est plus subjectif que l'évaluation de la taille de l'ulcère mais très souvent il est important :

— 54 fois, l'ulcère est dit volumineux : dans 24 cas sans plus de détails et 2 fois énorme. Quand ils sont précisés, les éléments de comparaison sont les phalanges digitales, les pièces de monnaie ou les fruits secs :

Phalange unguéale	d'un pouce	: 2
—	—	de l'index : 2
—	—	de l'auriculaire : 2
Diamètre d'une pièce	de 5 francs	: 1
—	—	2 — 4
—	—	1 — 3
—	—	0,5 — 5
Grosse noix		: 3
Amande		: 1
Noisette		: 1

Enfin, une forme anormale est notée 4 fois : 2 ulcères triangulaires, 1 elliptique et 1 en croissant; pour ce dernier seulement des mensurations ont été prises : $1,5 \times 0,75$ cm.

— 18 fois l'ulcère est petit : 1 fois comme la pointe d'un crayon, 3 fois comme une lentille. Ceci explique qu'il ne soit pas toujours perçu et, dans quelques cas, sur la foi d'une induration, affirmé seulement à l'ouverture de la pièce opératoire.

d) Les lésions histologiques, vérifiées dans trois cas, (l'une d'entre elle : obs. 17, confirmant l'existence non plus d'un ulcère mais d'un épithélioma glanduliforme, métatypique) sont identiques à celles de l'ulcère banal. 2 fois l'examen macroscopique apporte la preuve d'une ulcération vasculaire importante. 2 fois seulement, est signalée la coexistence de fils non résorbables persistants.

e) Les lésions associées :

— Les lésions muqueuses sont rarement notées : 2 stomites, 2 gastrites. Par ailleurs, dans l'observation 16, 2 polypes banaux accompagnent l'ulcère récidivant;

— après gastro-entéro-anastomose, il est fréquent de constater la reviviscence de l'ulcère initial. Et une fois (obs. 124), il existait une fistule cholecysto-pylorique.

Ces constatations ne diffèrent pas beaucoup de celles de certains auteurs :

VERHAEGUE et LAGACHE (297) notent :

siège : 14 fois sur l'anastomose et presque toujours sur son versant jéjunal
 11 fois sur la portion libre de l'anse jéjunale
 5 fois sur l'insertion mésentérique de l'anse
 1 fois sur l'estomac
 1 fois sur le duodénum

Par ailleurs,

4 ulcères doubles et 3 fois persistance du fil sur 16 anastomoses faites au lin et à la soie.

MOUTIER et CORNET (223) trouvent 11 ulcères récidivants sur l'estomac, 27 gastro-jéjunaux et 19 jéjunaux purs. Ils précisent en outre qu'il n'existe pas d'ulcère marginal gastrique vrai, sinon par extension peu fréquente d'un ulcère jéjunal adjacent.

MORENO-TINAJERO (220) relève 24 ulcères récidivants siégeant sur l'anse efférente, 17 sur l'anastomose, 3 sur l'estomac et 2 sur l'anse afférente. Dans le cadre des ulcères multiples, il signale un ulcère double, 1 ulcère triple, et, 2 fois 4 ulcères.

SANTY, MALLET-GUY et SOUSTELLE (259), LEFEVRE (183) ont insisté sur la fréquence de la localisation de l'ulcère récidivant au bord mésentérique de l'anse anastomosée.

II°) LA DILATATION DE L'ANSE AFFERENTE.

Pouvant s'étendre jusqu'au cadre duodénal, elle a frappé 9 fois les opérateurs par son importance. Elle paraît s'expliquer par la sténose de l'anse au niveau de l'anastomose comme l'ont signalé R. et H. SARLES (265), distension causée par la difficulté de passage dans le reste du grêle des sécrétions duodéno-pancréatico-biliaires. Ses conséquences, pathogéniquement parlant, sont certainement aussi importantes que celles du reflux alimentaire dans l'anse afférente.

III°) LA PENETRATION DE L'ULCERE RECIDIVANT.

Signalée dans 70 compte-rendus, la pénétration de l'ulcère récidivant est due à deux ordres de phénomènes : d'une part l'extension de l'ulcère lui-même, d'autre part des phénomènes de rétraction particulièrement au niveau du méso-colon transverse et du mésentère. Cette pénétration dans les organes voisins est évidemment fonction du siège de l'ulcère, elle est notée :

dans la paroi abdominale : 3 fois

dans l'épiploon : 1 fois

dans le foie : 3 fois

dans le méso-colon transverse : 37 fois avec 7 fistules, 2 fois cette pénétration siégeait très près des vaisseaux et nécessita 1 fois la ligature de la colica-média.

dans le mésentère : 9 fois

dans le pancréas : 6 fois, en particulier après 4 Péan-Kocher ;

Enfin, 7 fois l'ulcère s'est perforé en péritoine cloisonné.

A propos de cette pénétration, PAOLUCCI (234) sur 75 observations note 11 atteintes de la paroi du colon transverse avec 3 fistules et 4 fois seulement le méso-colon transverse était intéressé.

Mais cette pénétration n'est pas constante puisque nous avons noté dans 7 observations une perforation de l'ulcère en péritoine libre, celle-ci supposant également l'absence d'adhérences importantes.

IV°) LES ADHERENCES PERITONEALES ET PERI-ULCEREUSES

Elles résultent à la fois :

— des interventions antérieures : brides et symphyse péritonéale plus ou moins lâches, plus ou moins serrées;

— de l'évolution inflammatoire autour de l'ulcère initial quand il est encore en place, et autour de l'ulcère récidivant.

Cette distinction n'est pas toujours précisée dans les comptes rendus qui tendent plutôt à expliquer un abord facile ou laborieux des organes intéressés par la lésion : 65 fois ces conditions préliminaires sont exposées ce qui ne préjuge en rien des difficultés éventuelles rencontrées dans les 60 autres observations :

17 fois, il n'y avait pas d'adhérences (26 %)

18 fois, il y en avait peu (28 %)

30 fois, il y en avait beaucoup (46 %).

Qu'il y ait ou non des adhérences, 16 fois est affirmée l'existence de lésions inflammatoires intenses :

soit ganglions volumineux,

soit périgastrite ou périoduodénite

soit véritable bloc tumoral auquel participent les organes voisins, y compris les anses grêles, rendant la dissociation extrêmement difficile : obs. 71, 82, 93, 96, 98, 100 et 117 en particulier.

Enfin 2 fois une ascite abondante est constatée (dont une sans aucune symphyse péritonéale), vraisemblablement en relation avec une cirrhose associée.

Toutes ces lésions : pénétration de l'ulcère, rétraction des mésos, brides et symphyse péritonéales, réactions inflammatoires, expliquent, comme y insiste la plupart des auteurs, la longueur des interventions pour ulcère récidivant.

Dans 50 % des cas au moins, elles exigent un premier temps de libération difficile et minutieux, obligeant parfois à laisser en place le fond de l'ulcère. C'est, en partie, pour *raccourcir* la durée d'une opération déjà choquante par elle-même chez des sujets en mauvais état général que Monsieur le Professeur SANTY et ses Collaborateurs ont souvent eu recours, pour rétablir la continuité après gastrectomie ou entérectomie, au bouton anastomotique.

Au contraire, l'absence de toute lésion visible ou palpable ne doit pas infirmer le diagnostic pré-opératoire d'ulcère récidivant, parfois une simple induration au niveau d'une anastomose gastro-jéjunale ou gastro-duodénale peut suffire au diagnostic per-opératoire; la gastrotomie dans les cas douteux, est inutile, et, il vaut mieux mener d'emblée l'intervention à son terme : dans quelques rares cas, c'est l'examen de la pièce opératoire qui, seul, confirmera l'existence de l'ulcère récidivant.

VI. - DONNEES CLINIQUES ET RADIOLOGIQUES

DIAGNOSTIC

Nous n'apportons évidemment aucun élément nouveau et nous nous contenterons simplement, d'après notre statistique, d'indiquer la fréquence de certains signes, tous bien connus. Il n'y a pas de tableau très différent selon que l'ulcère récidivant survienne sur une gastro-entéro-anastomose ou après une gastrectomie.

I°) SIGNES FONCTIONNELS ET PHYSIQUES.

a) La douleur est le signe principal; spontanée, se présentant parfois comme très aiguë, en général rythmée par les repas, apparaissant plus ou moins précocement après ceux-ci, elle est pratiquement constante. Son absence serait en faveur du siège iléal pur de l'ulcère récidivant (obs. 109) : LIBAUDE et GORDET (191) le signalent à propos d'une observation.

La périodicité des crises douloureuses est beaucoup moins nette et manque même très fréquemment : le malade souffre tous les jours à heures fixes et, sans rémission, pendant plusieurs mois.

La douleur est fréquemment déclenchée par la pression de l'hypochondre gauche en un point très précis correspondant sous écran à la projection de l'anastomose (GUTMANN et ARNOUS [139]). Dans certains cas, la palpation peut même objectiver une masse douloureuse.

L'intensité de la douleur peut à elle seule déterminer le malade à demander une nouvelle intervention, ce que nous avons noté 25 fois au moins.

b) Les différentes manifestations de la sténose : nausées, clapotage à jeun, vomissements spontanés ou provoqués, sont décrites au moins 30 fois.

c) L'hémorragie, sous ses différentes formes : anémie chronique, hémalémèses, mœlena, hémorragies non extériorisées et syncopales (ces dernières notées chez 6 malades), se retrouve au moins 38 fois. Monsieur CLAVEL y a déjà insisté, en 1934, dans la thèse de SIAN (270). Nous verrons que l'hémorragie sort quelquefois du cadre symptôme

pour devenir complication et motiver une intervention d'urgence ou de semi-urgence en particulier dans les observations 92 et 117.

II°) SIGNES GENERAUX.

L'atteinte de l'état général est grave et rapide, l'amaigrissement constitue un des signes les plus précis : il est quelquefois, mais rarement nul, à l'exception de 2 cas « florides » (obs. 75 et 114); la plupart du temps, il est important et rapide : de 5 à 8 kgs en général, de 10, 18 et même 30 kgs en quelques mois.

Ce retentissement rapide sur l'état général dû à l'inanition, à la sténose, aux hémorragies est déjà un motif d'intervenir sans trop tarder. Dans certains cas, la jéjunostomie pour améliorer la résistance du malade en vue de l'intervention radicale, a pu être proposée.

III°) EVOLUTION ET COMPLICATIONS.

Il ne faut pas trop compter sur le traitement médical pour modifier l'évolution de l'ulcère récidivant. DEMOLE et SARASIN (83) ont publié, avec un recul de 21 mois, un succès à l'actif de l'histidine et de la vitamine C, CARVALHO (44) signale que 3 sur 4 ulcères récidivants post-opératoires ont bien « réagi » au sérum de convalescent. Ces cas sont rares et peu probants. Les rémissions évolutives aidées du traitement médical peuvent être mises à profit pour opérer dans de meilleures conditions; en fait le risque de complications apparaissant parfois dans des délais rapides, est une raison supplémentaire d'intervenir sans tarder. C'est l'intérêt du diagnostic précoce de l'ulcère récidivant d'opérer des sujets à état général encore satisfaisant et surtout de prévenir : l'hémorragie cataclysmique, la perforation en péritoine libre ou cloisonné, la fistule gastro-jéjunocolique et même la dégénérescence cancéreuse (HUBER [155]).

a) L'hémorragie cataclysmique est rare mais la répétition d'hémorragie de petite ou de moyenne abondance est déjà, nous l'avons vu, une complication pouvant devenir rapidement grave.

b) La perforation :

— en péritoine libre, est devenue classique depuis les thèses de ROZAN (26 bis), inspirée par Monsieur P. BERTRAND et de RIOU (252). HERBERT (150) et DESJACQUES (85) en rapportent chacun une observation en 1939. Nous en avons 7 (obs. 55, 65, 71, 81, 84, 91 et 103) toutes compliquant un ulcère récidivant après gastro-entéro-anastomose.

Nous avons aussi trouvé dans la littérature des observations mentionnant la perforation, dans des délais très rapides, d'un ulcère récidivant après gastrectomie :

GRASSI (132) : 2 perforations au 12° et 13° jour;

COURTY et GAUDEFRY (61) 1 au 18° jour après gastrectomie pour ulcère récidivant après gastro-entéro-anastomose.

BARRAY (18) Une 10 jours après gastrectomie pour fistule gastro-jéjunocolique.

MERIGOT et PATRY (211) Une 2 mois après une gastrectomie faite après suture d'un ulcère perforé.

RENON et PERRUCCHIO (248) en 1948 en relèvent 20 cas après gastrectomie dans la littérature.

— La perforation en péritoine cloisonné est également fréquente : nous l'avons trouvée mentionnée 7 fois. Elle a pu être rapportée dans 4 cas à un tableau clinique antérieur évocateur. Dans l'observation 13 est signalé le drainage de 2 abcès sous-phréniques successifs.

Pour LOUTSCH (196), la perforation de l'ulcère jéjunal post-opératoire serait caractérisé par l'absence de sonorité préhépatique. En fait, les antécédents, la douleur encore plus intense, le tableau de choc, le ventre de bois doivent faire penser à la perforation d'un ulcère récidivant, diagnostic pas toujours facile, surtout dans les suites opératoires immédiates puisque parfois il n'a été donné que par la vérification nécropsique.

c) Nos fistules gastro-jéjunocoliques ont été diagnostiquées 5 fois sur l'existence d'un syndrome diarrhéique précédé de vives douleurs qui cèdent alors subitement, associé à des vomissements fécaloïdes et à une cachexie rapide. Elles furent 2 fois objectivées non par la bouillie barytée mais par le lavement baryté.

d) La dégénérescence cancéreuse est extrêmement rare, elle peut se discuter dans les observations 17 et 28. Nous aurons l'occasion d'y revenir.

IV°) LA RADIOLOGIE.

Elle doit aider à confirmer le diagnostic : sur les 72 examens que nous avons pu retenir, elle a montré :

— soit des signes directs (38 fois : 53 %) : image de niche au niveau de l'anastomose ou sur l'anse jéjunale et, le cas échéant, sur le duodénum.

— soit des signes de probabilité (21 fois : 29 %) : un mauvais fonctionnement de la bouche avec douleur à la pression sous écran.

Mais dans près du cinquième des cas, elle n'a apporté aucune preuve (13 fois : 18 %).

M. GIRARD et MONTBARBON (117), en 1951, ont rappelé la valeur des signes radiologiques dans le diagnostic de l'ulcère récidivant de même que VANDERDORP et BONTE (296) en 1947. LAMBLING et GUERET (178), en 1954, mettent l'accent sur les modifications de calibre de l'anse ulcérée : rétrécissements et dilatations bursiformes. Mais GORDET et ses Collaborateurs (127), DELANNOY (71) insistent sur le fait et c'est aussi notre opinion, que si la radiologie permet de porter le diagnostic d'ulcère récidivant dans la grande majorité des cas, elle exige une technique rigoureuse et qu'elle est fréquemment difficile

à interpréter. Par ailleurs, il n'existe pas de parallélisme entre la gravité de l'ulcère et le volume de la niche; de même, s'il y a eu gastrectomie antérieure, la radiologie ne donne pas une idée précise de l'étendue de la résection initiale. Enfin, LEVY et ses Collaborateurs (190) signalent un retard des signes radiologiques par rapport aux signes cliniques.

V°) LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

— La gastroscopie : nous n'en avons aucune expérience. MOUTIER et GUELEW (222) en 1939, NASIO (224) en 1947, J. R. GOSSET (130) en 1954 rappellent son importance : elle montre l'ulcère et les lésions associées ou permet de faire un diagnostic différentiel précis avec les autres causes des syndromes douloureux gastro-jéjunaux post-opératoires.

— Le tubage gastrique objectivera l'existence d'une hyperacidité ou la persistance de l'acidité après gastrectomie ou vagotomie à l'aide du repas d'épreuve, d'une injection d'histamine ou d'insuline. Pour J. R. GOSSET (130) il doit s'interpréter à partir de l'étude de 5 éléments : volume sécrété, concentration chlorhydrique, pouvoir tampon, coloration du liquide et présence de bile. C'est un examen utile surtout pour guider la conduite thérapeutique à tenir vis-à-vis d'un ulcère récidivant après gastrectomie dans le dilemme : nouvelle résection ou vagotomie pure.

— Enfin, seront pratiqués tous les examens qui servent de base au rétablissement de la masse sanguine et d'un chiffre globulaire normal, à l'équilibration hydrique et ionique, pour préparer au mieux le malade à l'intervention.

VI°) DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL.

Il se pose différemment après gastro-entéro-anastomose ou après gastrectomie.

a) après gastro-entéro-anastomose, les causes de souffrance en dehors de l'ulcère récidivant ont été bien précisées en 1931 par A. GOSSET (128) :

— Dans les cas de gastro-entéro-anastomoses faites par erreur de diagnostic ou avec un diagnostic incomplet, la coexistence d'une appendicite chronique, d'une cholecystite ou d'une lithiase rénale peut expliquer la persistance d'un syndrome douloureux.

— Des troubles fonctionnels peuvent être en rapport avec :
une stagnation duodénale : douleurs, céphalées, nausées, vomissements :

ou des troubles intestinaux : diarrhée, coliques.

— Des troubles organiques peuvent être dûs :

à des adhérences étendues : douleurs sans rythme et sans arrêt;
à une péri-gastrite localisée de la bouche de gastro-entéro-anastomose : douleurs moins intenses et aspect lacunaire à la radio.

à des adhérences autour de l'anse afférente et de l'anse efférente.

— L'inflammation muqueuse peut réaliser des gastrites : brûlures post-prandiales précoces, des jéjunites ou des duodénites : sans signes cliniques précis mais avec une hypertrophie des plis à la radio. Elles peuvent suffire à la production d'hémorragies mais surtout elles font le lit de l'ulcère récidivant.

— Pour le cancer, on discutera toujours sa préexistence ou son apparition secondaire.

— Enfin, la reviviscence de l'ulcère laissé en place est fréquente.

b) Après gastrectomie :

— Le syndrome du petit estomac caractérisé par la sensation de réplétion rapide avec distension épigastrique s'améliore facilement par le régime et les repas fractionnés.

— Le dumping-syndrome avec ses malaises post-prandiaux immédiats et surtout la lipothymie (en relation non seulement avec une hypoglycémie mais aussi, comme le prouve l'influence de la posture — BUTLER [41], IRVINE [158] — avec des phénomènes sympathiques), a une allure clinique très particulière. Il peut être très amélioré par le traitement médical mais dans les cas très graves peut conduire à la réintervention (CAPPER [43]).

— Les inflammations muqueuses ont les mêmes caractères qu'après gastro-entéro-anastomose. Pour NASIO (224), elles réaliseraient des aspects gastrosopiques différents :

— gastrites : congestion de la muqueuse avec œdème et, parfois, fausses membranes;

— jéjunites : plis muqueux œdemateux et rigides;

— stomites : œdème de coloration soit pâle, soit rouge vif qui rétrécit considérablement la lumière.

Quoiqu'il en soit, en dehors des dumping-syndromes et du syndrome du petit estomac suffisamment évocateurs, avant d'envisager les différentes causes de souffrance post-opératoire, l'essentiel est de penser à l'ulcère récidivant. La plupart du temps, sur l'ensemble clinique et radiologique, on peut l'affirmer facilement : d'autres fois, l'intensité des symptômes, leur non régression au traitement médical et leur retentissement éventuel sur l'état général, motiveront la réintervention même si le diagnostic d'ulcère récidivant n'est pas formel.

VI. - TRAITEMENT ET RESULTATS

Nous avons réussi à classer nos observations d'après leur étiologie, selon les diverses modalités de traitement que les dispositions anatomiques ont permis de réaliser ou, le cas échéant, selon leurs modalités évolutives.

Le but de Monsieur le Professeur SANTY et de ses collaborateurs depuis 1934 est, tout en sachant que la plupart du temps les indications techniques se posent à ventre ouvert, d'exécuter chaque fois que faire se peut :

— après gastro-entéro-anastomose : une gastrectomie en évitant quelquefois une entérectomie, avec rétablissement des continuités aussi rapide que possible;

— après gastrectomie : une exploration abdominale, à moins de certitude sur la qualité de l'intervention antérieure, qui a conduit plus fréquemment à une recoupe du moignon gastrique qu'à une réamputation pyloro-duodénale, avec ou sans vagotomie associée.

Nous allons donc envisager successivement : le traitement de l'ulcère récidivant après gastro-entéro-anastomose et le traitement de l'ulcère récidivant après gastrectomie d'emblée ou suivant de peu une suture pour perforation d'ulcère.

Nous détaillerons les résultats de chaque sous-groupe avant de rassembler les résultats globaux, puis nous essayerons de dégager les résultats de la vagotomie dans le traitement de l'ulcère récidivant post opératoire et les résultats du traitement des ulcères récidivants perforés et hémorragiques graves.

A) L'ulcère récidivant après gastro-entéro-anastomose associée ou non à une suture pour perforation.

Nous étudierons :

— Les cas simples classés d'après leur modalité thérapeutique.

— Les cas complexes c'est-à-dire les ulcères multi-récidivants et les fistules gastro-jéuno-coliques.

1°. - Les cas simples.

Au nombre de 81, y ont été réalisés soit une duodéno-gastrectomie avec ou sans entérectomie, soit une intervention limitée, soit une vagotomie.

1°) *Les duodéno-gastrectomies.*

— Elles suffisent, dans les cas relativement bénins, à enlever l'ulcère initial et l'ulcère récidivant sans véritable entérectomie, et alors, on peut utiliser, pour le rétablissement de la continuité gastro-jéjunale, la brèche jéjunale laissée par la dégastro-entérostomie.

— Au contraire, l'entérectomie associée s'avère le plus souvent indispensable.

— Enfin, certaines gastrectomies sortent des cadres ci-dessus soit par des modalités techniques particulières, soit parce qu'elles ont été exécutées en deux temps.

1°) La duodéno-gastrectomie utilisant pour le rétablissement de la continuité la brèche jéjunale laissée par la dégastro-entérostomie.

Pour 20 cas, l'anastomose gastro-jéjunale a été réalisée :

- à la suture, type Polya, dans 14 observations,
- au bouton, type Billroth II, dans 6 observations.

a) Anastomose à la suture, type Polya.

Ont été traités de cette manière les ulcères récidivants des observations 3, 5, 7, 9, 10, 16, 25, 69, 74, 83, 89, 90, 101 et 105.

En dehors de l'observation 101 où l'anastomose a été réalisée en trans-mésocolique, nous croyons comprendre que pour la plupart des autres, elle l'a été en pré-colique sur anse plus ou moins courte.

Voici à titre d'exemple *l'observation 83* :

Per... F, 43 ans en février 1948. Syndrome ulcéreux remontant à 1926

— 1932: Gastro-entéro-anastomose pour ulcère duodéal.

— 1942: Mœlena.

— Septembre 1946: nouveau mœlena important traité médicalement.

— 6 Février 1948: récurrence d'un mœlena traité médicalement au service de garde.

Radio : pas d'ulcère récidivant, grosse déformation du bulbe duodéal.

— 25 février 1948: *Intervention* (Dr MICHAUD, Dr MILLERET). Quelques adhérences de l'estomac à la paroi facilement libérables. Volumineux ulcère de la première portion du duodénum. Bouche perméable, mais la dégastro-entérostomie montre un petit ulcère peptique situé sur le versant intestinal de la lèvre postérieure de la gastro-entéro-anastomose.

Gastrectomie de droite à gauche enlevant l'ulcère duodéal.

Polya en se servant de l'orifice jéjunale : l'anse après résection de l'ulcère peptique reste suffisamment large pour pouvoir être utilisée. D'autre part, la gastro-entéro-anastomose ayant été faite à anse très courte, l'entérectomie serait difficile et inutile. Fermeture de la brèche méso-colique.

— 10 mars 1948: suites simples.

Radioscopie : moignon minuscule; reflux très important dans l'anse

afférente, puis évacuation bonne par l'anse efférente; une demi-heure après l'anse afférente est entièrement évacuée.

— 10 mai 1948: a repris 4 kilos, excellent état, pas de troubles gastriques.

Radioscopie: moignon très petit, excellente évacuation sans reflux dans l'anse afférente.

— Mai 1955: réponse au questionnaire: va bien et fait un travail très pénible. N'a pas repris son poids normal et continue les repas fractionnés.

Le compte-rendu opératoire de ce malade a l'intérêt de préciser les raisons de l'utilisation de l'orifice jéjunal laissé par la dégastro-entérostomie quand cela est possible. « Gastro-entéro-anastomose sur anse très courte rendant l'entérectomie difficile: elle est heureusement inutile puisque l'ulcère récidivant est petit et que son ablation laisse une anse suffisamment large. »

b) Anastomose au bouton, type Billroth II. Ont été traités de cette manière les ulcères récidivants des observations 20, 22, 28, 32, 38 et 45. (A noter que l'observation 28 a nécessité au 4^e jour, une gastro-entéro-anastomose pré-colique complémentaire au bouton).

Les protocoles opératoires ressemblent à celui de l'observation 32:

Ma... L. 52 ans en 1941. Syndrome ulcéreux remontant à 1929.

— 1934: gastro-entéro-anastomose pour ulcère duodénal.

— 1936: resouffre.

— 16 avril 1941: douleurs, vomissements, amaigrissement de 5 kgs.

— 22 avril 1941: *Intervention* (Pr SANTY, Dr MAGNIN), anesthésie locale. Laparotomie sus-ombilicale montrant:

— 1 ulcère peptique de la partie antérieure de la gastro-entéro-anastomose la rétrécissant et rétractant le méso-colon transverse;

— 1 ulcère duodénal en pleine activité perforé bouché par la face antérieure du foie et de la vésicule biliaire, du volume d'une noisette.

Libération d'une gastro-entéro-anastomose de dimensions réduites, de l'estomac et du duodénum.

Billroth II au bouton de Jaboulay en utilisant la bouche de gastro.

Suspension de l'anse.

Examen de la pièce: estomac de sténose très rétréci avec ancienne gastro-entéro-anastomose très à gauche. Ulcère calleux de la face antérieure du duodénum au contact du pylore, lui-même très sténosé.

— 3 juillet 1941: Radioscopie: moignon gastrique se vidant très lentement. L'anse afférente se remplit d'abord avec stase à son niveau, puis au bout de 5 minutes vidange par l'anse efférente.

— Mai 1955: a répondu à la convocation: état général excellent, poids 60 kgs identique à son poids normal. Pas de régime ni de traitement médical, 3 repas par jour, a repris le même travail qu'en 1933.

Radioscopie: moignon gastrique de taille moyenne se remplissant bien et se vidant rythmiquement. Pas de reflux œsophagien. Un peu de reflux dans l'anse afférente. Pas de douleur à la pression.

Ces duodéno-gastrectomies sans entérectomie ont un pronostic relativement favorable puisque les lésions ulcéreuses permettent de

faire ce geste minimum et, que de ce fait l'intervention est relativement courte et peu choquante. C'est dans cette série que nous trouvons les meilleurs résultats :

— 1 décès post-opératoire: obs. 89 (complications d'origine veineuse).

— 10 résultats ininterprétables:

- 3 malades dont nous n'avions pas l'adresse: obs. 22, 38 et 45.

- 3 qui n'ont pas répondu: obs. 74, 90 et 101.

- 3 lettres qui sont revenues: obs. 7, 25 et 28. Pour ce dernier malade est noté un excellent résultat de 3 ans, mais en 1943 il a été réhospitalisé dans le service pour un ictère par rétention, peut-être d'étiologie néoplasique: le malade a refusé l'intervention.

- 1 mort de cause inconnue moins de 2 ans après l'intervention.

Il reste donc 9 malades suivis:

— 7 excellents résultats: 4 au delà de 10 ans: observations 3 (20 ans), 5 (19 ans), 32 (14 ans), 9 (12 ans):

2 de 7 ans: observations 10 et 83;

1 de 3 ans 1/2: observation 105.

— 2 résultats satisfaisants de 5 à 10 ans: observations 16 (6 ans) et 69 (8 ans 1/2).

Il est difficile de comparer les avantages respectifs du Polya et du Billroth II sans entérectomie dans le traitement de l'ulcère récidivant après gastro-entéro-anastomose. Malgré tout, dans les excellents résultats nous n'avons qu'un Billroth II sur 6, contre 6 polya sur 14. Ceci nous permet de conclure que dans ces interventions relativement simples, la suture termino-latérale du Polya qui n'allonge pas énormément la durée opératoire par rapport à la technique du Billroth II au bouton, lui est préférable, quand elle est possible, eu égard à la meilleure qualité des résultats qu'elle est susceptible d'apporter.

2°) La duodéno-gastrectomie associée à une entérectomie : le rétablissement de la continuité de celle-ci a été réalisé, sauf deux fois, au bouton.

a) Entérectomie au bouton avec, après résection gastro-duodénale, rétablissement de la continuité gastro-jéjunale, type Polya, Finsterer ou Billroth II, réalisé à la suture, le plus souvent en aval du bouton de Villard.

— 22 Polya ont été associés à une entérectomie au bouton de Villard. (Observations: 13, 29, 31, 40, 53, 56, 61, 63, 64, 68, 72, 75, 77, 78, 84, 87, 88, 91, 96, 97, 104 et 108).

Là encore les rapports du colon avec l'anastomose gastro-jéjunale réalisée ne sont pratiquement jamais précisés, sauf dans l'observation 108 où l'anastomose est pré-colique.

La plupart du temps, cette anastomose est exécutée en aval du bouton de Villard sauf dans l'observation 29. Ce siège n'est pas précisé dans les observations : 40, 75, 78 et 87.

L'observation 61 a nécessité une jéjuno-jéjunostomie à la suture du pied de l'anse 3 jours après.

Les compte-rendus opératoires ressemblent à celui de l'observation 88 :

Ye... H; 43 ans en 1948. Syndrome ulcéreux depuis 1920.

— 1930: gastro-entéro-anastomose postérieure à la suture.

Guérison de 8 mois, puis, à longs intervalles, douleurs et quelques hématomèses.

— juillet 1948: douleurs intenses, les radiographies n'affirment pas l'ulcère récidivant et une image de niche correspond en fait à un jabot de l'anse afférente.

— 10 octobre 1948: *Intervention* (Dr DUROUX). Ulcère duodénal apaisé, mais volumineux ulcère peptique perforé bouché contre le colon transverse siégeant en regard de la bouche avec sténose de l'anse afférente. Isolement de l'anastomose après décollement de l'angle duodéno-jéjunal.

Réséction jéjunale de 15 cm: rétablissement de la continuité au bouton de Villard.

Polya en aval.

— 27 décembre 1948: les suites opératoires ont été assez simples, mais le malade ne pèse que 48 kgs.

Radioscopie: tout petit moignon se vidant lentement; pas de reflux.

— 14 avril 1949: bon appétit, bonnes digestions mais point douloureux sous-costal gauche. A repris son travail.

— Mai 1955: malade ayant répondu à la convocation. Très satisfait de l'intervention d'octobre 1948, mais pèse 46 kgs (poids normal: 52 kgs).

Digestions normales sans douleurs avec très peu de pesanteurs et quelques ballonnements. Pas de régime: vin pur supporté ainsi que le vinaigre. 4 petits repas par jour et très bon appétit.

A repris le même travail qu'antérieurement: a été arrêté 3 mois lors de son intervention de 1948.

Radioscopie: moignon gastrique de taille moyenne. Après la bouchée surprise, évacuation rythmée et lente. Pas de reflux dans l'anse afférente ni œsophagien. Pas de douleur à la pression sous-costale gauche.

— 7 Finsterer ont été associés à une entérectomie au bouton de Villard: observations: 8, 17, 23, 46, 47, 50 et 73. (Pour cette dernière une gastro-entéro-anastomose au bouton de Jaboulay fut nécessaire au 3^e jour). Les protocoles opératoires se calquent sur celui de l'observation 47:

Pre... G; 41 ans en 1944. syndrome ulcéreux depuis 1937. Ethylisme.

— 12 avril 1943: perforation d'ulcère duodénal, traité par suture et gastro-entéro-anastomose.

— Juillet 1943: douleurs, pas d'amaigrissement (72 kgs).

Radio: duodénum non perméable;

gastro-entéro-anastomose en bonne place bien perméable

ulcère récidivant certain sur le bord mésentérique de l'anse.

— 5 février 1944: *Intervention* (Pr SANTY, Dr HUTINEL). Anesthésie locale. Volumineux ulcère peptique sur le bord mésentérique de l'anse anastomosée pénétrant assez loin dans le mésentère. Ulcère duodénal peu actif.

Entérectomie au bouton de Villard après libération.

Gastrectomie de droite à gauche difficile car duodénum peu mobile;

Etant donné l'étendue de la tranche gastrique: Finsterer en aval du bouton de Villard.

Examen de la pièce: petit ulcère cicatriciel sur le duodénum.

Ulcère peptique de 3 cm sur 2 cm situé à 3 cm 1/2 de la bouche de gastro-entéro-anastomose laquelle est parfaitement perméable admettant deux doigts.

— 22 avril 1944: pèse 67 kgs. Bon appétit. Digère bien.

Radioscopie: moignon petit, évacuation lente.

— Mai 1955: a répondu à la convocation: très amélioré. Pèse 69 kgs, digestions normales, quelques brûlures sur le trajet œsophagien bas, soulagées par les éructations. Ethylisme de 3 litres au moins avec pituites matinales.

A repris le même travail qu'avant son intervention.

Radioscopie: moignon gastrique de taille moyenne s'évacuant normalement, pas de reflux, pas de douleur à la pression.

— 2 Billroth II à la suture ont été associés à une entérectomie au bouton de Villard (Observations 21 et 30).

Voici l'observation 30 :

Mou... F; 38 ans en 1940. Syndrome ulcéreux depuis 1928.

— 15 juin 1940: gastro-entéro-anastomose postérieure à la suture pour ulcère duodénal.

— 26 novembre 1940: douleurs, hématomés.

Radio: ulcère peptique.

— 6 décembre 1940: *Intervention*: (Pr SANTY, Dr BERARD). Anesthésie locale. Exploration facile qui montre :

— 1 ulcère pyloro-duodénal sténosant,

— 1 ulcère peptique sur le bord droit de la gastro-entéro-anastomose, de petit diamètre auquel aboutit un assez gros vaisseau, situé à l'union des deux muqueuses gastriques et jéjunales. Présence d'un fil de soie.

Libération. Section, enfouissement du duodénum.

Entérectomie de 10 cm au bouton de Villard.

Billroth II à la suture en amont du bouton.

— 21 décembre 1940: Radio: tout petit moignon gastrique s'évacuant très rapidement dans une anse extrêmement dilatée.

— Mai 1955: lettre revenue avec la mention « parti sans laisser d'adresse ».

Cette série groupe 31 malades dont voici les résultats :

3 décès post-opératoires :

— obs. 8 (pleurésie purulente)

— obs. 9 (cause non précisée 2 jours après)

— obs. 63 (hémorragie post-opératoire chez un malade atteint d'une maladie de Vaquez)

15 résultats ininterprétables:

— 4 malades dont nous n'avons pas l'adresse: obs. 31, 40, 50 et 56

— 4 qui n'ont pas répondu: obs. 13, 23, 61 et 46. Pour cette dernière le registre signale un excellent résultat d'au moins 3 ans.

— 6 lettres nous sont revenues: obs. 30, 64, 68, 73, 91 et 53; pour cette dernière, résultat satisfaisant de 3 ans puis apparition d'anorexie et d'amaigrissement sans image anormale à la radio.

— 1 mort secondaire: obs. 17. Décès 4 ans après de métastases généralisées d'un malade pour lequel l'examen histologique avait confirmé l'existence d'un ulcère récidivant cancérisé.

Il reste donc: 13 malades suivis:

9 excellents résultats:

— 1 de 11 ans: obs. 47

— 7 entre 5 et 10 ans: obs. 72 et 75 (8 ans), 77 et 87 (7 ans), 84 et 88 (6 ans), 96 (5 ans);

— 1 de 3 ans 1/2: obs. 104.

3 résultats satisfaisants:

— 2 entre 5 et 10 ans: obs. 78 (7 ans) et 97 (5 ans)

— 1 de 3 ans: obs. 108

1 mauvais résultat: obs. 21: récurrence certaine 2 ans après et dont la mort 3 ans après, est vraisemblablement en relation avec celle-ci.

Il est certain que les indications respectives du Polya, du Finsterer et du Billroth II à la suture associés à une entérectomie au bouton de Villard sont une question d'opportunité: le mode de rétablissement de la continuité gastro-jéjunale après gastrectomie dépendant:

— de la morphologie du moignon gastrique et

— de l'état de l'anse restaurée.

L'anastomose gastro-jéjunale doit se situer chaque fois que possible en aval du bouton de Villard.

b) Entérectomie au bouton avec, après résection gastrique, rétablissement de la continuité gastro-jéjunale type Billroth II au bouton: 12 interventions ont été réalisées de cette manière: dans les observations 39, 41, 42, 48, 49, 54, 58, 59, 93 et 100 et, dans les observations 71 et 92 en urgence (la première pour un ulcère récidivant perforé, la seconde pour un ulcère récidivant hémorragique). En effet, l'avantage de cette technique est sa rapidité et il importe de savoir qu'il est licite de l'employer.

Dans une observation (obs. 100), elle a été réalisée en précolique, dans 3 autres en transmésocolique (obs. 49, 92 et 93).

Dans les observations 48, 49, 58, 59 et 71, le bouton gastro-jéjunal a été placé en aval du bouton de Villard, dans les observations 42, 92 et 93 en amont.

L'observation 49 a nécessité une gastro-entéro-anastomose précolique au 3^e jour et l'observation 59, pour des hémorragies, une gastrotomie au 4^e jour (hémorragies dues à un défaut de serrage du bouton de Villard).

Le procédé technique commun à toutes ces interventions est détaillé dans *l'observation 93*:

— Pon... L; 47 ans en 1949. Syndrome ulcéreux depuis 1939.

— 1944: gastro-entéro-anastomose pour ulcère du bulbe duodénal.

— mars 1947: mœlena associé à un syndrome syncopal. La même scène se répète en novembre 1947, en mars 1948 et en mars 1949.

— 17 mai 1949: *Intervention* (Dr MICHAUD, Dr DURAND). Laparotomie médiane sus-ombicale. Symphyse abdominale totale. Gastro-entéro-anastomose à anse très courte avec ulcère peptique volumineux du bord mésentérique (bloc tumoral du volume d'une orange); dilatation énorme des anses afférentes et efférentes avec aspect inflammatoire.

1°. - Dégastro-entérostomie. Entérectomie au bouton de Villard.

2°. - Libération de l'estomac de la brèche du mésocolon.

3°. - La première portion du duodénum présente toujours l'ancien ulcère, sténosant, térébrant dans la tête du pancréas, ce qui explique une libération très difficile et très hémorragique. Enfouissement en deux plans. Section haute de la coronaire stomacique après dépouillement des courbures.

4°. - Billroth II au bouton de Jaboulay transmésocolique en amont du bouton de Villard, car le Polya est impossible malgré le décollement de l'angle duodéno-jéjunal, l'anse afférente restant trop courte.

Examen de la pièce: ulcère peptique de la dimension d'une pièce de 2 francs, situé sur le bord mésentérique et ulcère du versant duodénal du pylore.

— Mai 1955: réponse au questionnaire: malade très satisfait. Pèse 72 kgs (poids supérieur à son poids normal). Digestions normales et sans douleurs. Pas de régime, 3 repas par jour. A repris son métier de fromager.

Cette série groupe 12 malades dont voici les résultats :

2 décès post-opératoires :

— obs. 49 (infarctus du grêle avec perforation à 1 cm du bouton)

— obs. 59 (hémorragie due à un défaut de serrage du bouton et phénomènes péritonéaux diffus).

7 résultats ininterprétables:

— 4 malades dont nous n'avions pas l'adresse: obs. 41, 58, 39 et 92. Ces deux derniers malades ont accusé une nette reprise de poids: 10 kgs et 2 kgs dans les six mois suivant leur intervention.

— 2 qui n'ont pas répondu: obs. 100 et 48, pour cette dernière nous avons seulement la notion d'un excellent résultat de 13 mois.

1 mort secondaire, 9 mois après l'intervention, de cause inconnue: obs. 54.

Il reste donc: 3 malades suivis, tous ayant un excellent résultat:

— 1 excellent résultat de 13 ans: obs. 42

— 2 excellents résultats de plus de 5 ans : obs. 71 (8 ans) et 93 (6 ans).

Nous pouvons conclure que l'utilisation de deux boutons : l'un pour rétablir la continuité jéjunale, l'autre la continuité gastro-jéjunale doit être d'indication exceptionnelle dépendant parfois des conditions anatomiques, plus souvent de l'urgence où elle présente un net avantage de rapidité d'exécution.

c) Entérectomie à la suture, très rarement réalisée et, ici, associée à un rétablissement de la continuité gastro-jéjunale par le procédé de Billroth II au bouton. Cette variante a été employée seulement 2 fois : obs. 120 et 121; à titre d'exemple, nous présentons l'observation 120 :

Bil.. J; 63 ans en 1954, syndrome ulcéreux depuis 1936.

— 1938: gastro-entéro-anastomose pour ulcère duodénal.

— octobre 1951: reprise de douleurs. Traitement médical.

— septembre 1953: douleurs, vomissements, amaigrissement de 5 kgs.

Radio: la bouche gastro-jéjunale fonctionne, mais il existe un œdème de celle-ci et une niche pseudo-diverticulaire.

— 28 mai 1954: *Intervention* (Dr MICHAUD, Dr de ROUGEMONT). L'exploration montre un volumineux ulcère peptique intéressant le bord antérieur de la bouche de la gastro-entéro-anastomose, très adhérent au méso-colon transverse situé au ras même de l'arcade de Riolan.

Dégastro-entéro-stomose.

Gastrectomie très large emportant la première portion du duodénum sur le versant pylorique de laquelle existe toujours l'ancien ulcère.

Entérectomie. Rétablissement de la continuité jéjunale à la suture en deux plans.

Billroth II pré-colique au bouton.

— Mai 1955: a répondu à la convocation, malade très satisfait, pèse 72 kgs (poids supérieur à son poids normal), digestion excellente. Le vin pur et le vinaigre, de même que le lait en grande quantité, sont parfaitement tolérés. Se contente de 3 repas. Actuellement à la retraite, s'occupe de son jardin.

Radioscopie: moignon gastrique minuscule, d'abord bouchée surprise puis évacuation rythmée. Pas de reflux ni dans l'anse afférente ni dans l'œsophage.

Ces deux malades sont des opérés récents : nous disposons seulement d'un an de recul pour en apprécier le résultat qui est excellent pour le moment.

3°) Autres procédés de gastrectomie. Nous groupons ici 10 malades pour lesquels la tactique opératoire a été différente des duodéno-gastrectomies précédemment envisagées :

a) 2 Duodéno-gastrectomies où le rétablissement de la continuité gastro-jéjunale a été réalisé par un Polya au delà de la suture simple traitant la brèche jéjunale laissée par la dégastro-entérostomie. Ce procédé concerne les observations 99 (décès 6 jours après l'intervention) et 103 (une perforation d'ulcère récidivant avait été suturée deux ans auparavant : le résultat est satisfaisant depuis 3 ans 1/2).

b) 1 Gastrectomie emportant l'ulcère récidivant mais laissant l'ulcère duodénal primitif en place : *observation 79* :

And... J; 61 ans en 1947.

— 31 juillet 1937: gastro-entéro-anastomose à la suture pour ulcère duodénal sténosant;

— juillet 1947: réapparition des douleurs ulcéreuses. La radio montre un estomac de sténose.

— 1er octobre 1947: une nouvelle série de clichés confirme l'existence d'un ulcère peptique.

— 11 octobre 1947: *Intervention* (Dr MAILLET, Dr SAUTOT). Anesthésie générale. L'exploration montre:

un ulcère peptique sur la face antérieure de la bouche anastomotique, au ras du colon dans lequel il semble en voie de perforation;

un ulcère duodénal du genu superius, calleux, adhérent au foie, peut-être perforé bouché.

Entérectomie au bouton de Villard.

Gastrectomie pour exclusion: Polya en aval.

1 drain sous-hépatique.

— 28 octobre 1947: suites simples.

Radio: liquide à jeun, moignon gastrique assez grand avec évacuation normale.

— Mai 1955: sa femme nous apprend que le malade est mort le 16 août 1954 d'un malaise attribué à l'hypertension. « Depuis son intervention, il n'avait jamais souffert de l'estomac et mangeait de tout ».

En somme excellent résultat de 7 ans.

c) Une duodéno-gastrectomie associée à une réimplantation de l'ampoule de Vater : obs. 113. Cette malade publiée par le Dr JAUBERT de BEAUJEU (160) a été revue en mai 1955 avec un excellent résultat vérifié radiologiquement.

d) 6 gastrectomies ont été effectuées en deux temps :

Observation 1 :

Gin..., 45 ans en 1934

— 1927: gastro-entéro-anastomose pour ulcère duodénal.

— février 1934: douleurs et amaigrissement de 8 kgs.

— 12 juin 1934: *Intervention*: Entérectomie et nouvelle gastro-entéro-anastomose.

— 6 juillet 1934: *gastrectomie* laissant l'ulcère duodénal en gardant la précédente anastomose.

— 11 octobre 1934: a repris 6 kgs.

— Mai 1955: la lettre nous est revenue avec la mention « inconnu ».

Observation 51 :

The..., 45 ans en 1944.

— 1938: gastro-entéro-anastomose pour ulcère duodénal très sténosant.

— 12 février 1944: *Intervention*: nouvelle gastro-entérostomie accompagnée d'une jéjuno-jéjunostomie pour ulcère peptique.

— 21 mars 1944: *Intervention*: ulcère peptique du bord postérieur de la première bouche anastomotique qui est sténosée. Entérectomie large. Gastrectomie. Polya.

Suites parfaites. Ce malade n'a pu être rejoint en mai 1955.

Observation 60 :

Bar... R; 22 ans en 1943.

— 1938: suture et gastro-entéro-anastomose pour ulcère perforé à l'âge de 17 ans.

— 9 août 1943: *jéjuno-jéjunostomie* en raison du mauvais état général.

— 26 décembre 1944: *Intervention* (Pr SANTY, Dr MAILLET). Anesthésie locale.

Enormément d'adhérences: jéjuno-jéjunostomie toujours en bon état et on retrouve le même ulcère peptique volumineux et aussi enflammé qu'en

août 1943, pénétrant profondément dans le méso en arrière et au contact du colon transverse en avant.

Entérectomie emportant l'ulcère peptique et la jéjuno-jéjunostomie.

Bouton de Villard.

Duodénum très modifié par un ulcère du bord supérieur à 2 cm du pylore.

Examen de la pièce:

Dimensions considérables de l'estomac réséqué, gastro-entéro-anastomose en bonne place.

Au niveau du pylore, il existe un deuxième ulcère sur la face postérieure de l'anse (ulcère duodénal et juxta-pylorique associé ou ulcère récidivant double ?)

— 14 mars 1945: excellent état général, plus de douleur, a repris 10 kgs.

— Mai 1955: réponse au questionnaire, très satisfait, poids identique à son poids normal, digestion normale sans douleur chez un cultivateur qui ne suit pas de régime.

Excellent résultat de 10 ans 1/2.

Observation 86 :

Fro... G; 41 ans en 1946. Syndrome ulcéreux depuis 1942.

— 19 mai 1946: suture et gastro-entéro-anastomose pour ulcère duodénal perforé.

— décembre 1946: crise douloureuse épigastrique.

— 21 février 1947: *Intervention*. L'ulcère suturé est entièrement guéri. Pas d'ulcère récidivant mais gastro-entéro-anastomose très peu perméable. Elargissement de la bouche.

— septembre 1947: douleurs épigastriques irradiées à l'hypochondre gauche.

Traitement médical.

— 27 février 1948: douleurs continues irradiées vers l'hypochondre, le flanc gauche et le dos, amaigrissement de 7 kgs.

Radio: bon fonctionnement de la bouche.

Traitement médical.

— 21 avril 1948: *Intervention* (Dr DUROUX, Dr MILLERET). Anesthésie générale. Intubation. Grosse difficulté pour cliver le foie de la face antérieure de l'estomac et de la petite courbure. Sous le méso-colon transverse, gros ulcère peptique entre l'anse afférente et efférente en face de la bouche ayant rétracté le mésentère. Anse afférente dilatée. Libération du jéjunum et de l'estomac. Entérectomie de 10 cm au bouton de Villard assez difficile.

Duodéno-gastrectomie, Polya en aval.

— 5 mai 1948: suites très simples.

Radioscopie: petit moignon gastrique, bonne évacuation, pas de reflux.

— 23 août 1948: reprise du travail.

— Mai 1955: malade très satisfait, pèse 77 kgs. Digestion normale sans douleur. Pas de régime, vin pur, 3 repas par jour.

Il était fondeur avant l'intervention, il conduit maintenant une perceuse.

Radioscopie: petit moignon gastrique, s'évacuant rythmiquement sans reflux.

Observation 98 : déjà publiée (262) :

Mme Dav...; 55 ans en 1945

— 1942: gastro-entéro-anastomose pour ulcère duodénal suivie quelques mois plus tard d'une jéjuno-jéjunostomie.

— février 1944: diagnostic certain d'ulcère récidivant, mais la malade refuse la gastrectomie.

— 20 décembre 1949: très mauvais état général. douleurs intenses et continues.

— 24 décembre 1949: *Intervention* (Pr SANY). Duodéno-gastrectomie utilisant la brèche jéjunale laissée par la dégastro-entérostomie mais laissant une partie de l'ulcère peptique en place.

Suites assez troublées.

— 15 mars 1950: revient en mauvais état avec douleurs intenses.

— 30 mars 1950: *Intervention* (Pr SANY): énorme bloc inflammatoire formé par l'anastomose du Polya où siège un ulcère peptique volumineux.

Entérectomie au bouton de Villard.

Recoupe gastrique. Polya trans-mésocolique, suites simples.

— Mai 1955: réponse au questionnaire: état satisfaisant mais dumping-syndrome nécessitant sieste post-prandiale. Pas de douleurs, pas de régime.

Observation 124 :

Sal... P; 66 ans en 1954. Syndrome ulcéreux depuis 1936.

— 1938: gastro-entéro-anastomose postérieure pour ulcère pylorique sténosant.

— 10 octobre 1954: syndrome douloureux quotidien et vespéral avec lithiasé vésiculaire et radio gastrique négative.

— 20 octobre 1954: *Intervention* (Pr SANY): vésicule biliaire bourrée de calculs, adhérente à l'antré pylorique avec fistule cholecysto-gastrique.

Cholecystectomie.

L'exploration de la gastro-entéro-anastomose montre un ulcère peptique qui sténose la bouche, deuxième gastro-entéro-anastomose au bouton.

Sera à reprendre.

— 4 janvier 1955: a repris 6 kgs, plus de douleurs. On hésite à réopérer, mais on estime dangereux de laisser l'ulcère peptique en place.

— 7 janvier 1955: *Intervention* (Pr SANY): péritoine assez libre. Estomac épaissi comme un estomac de sténose. L'exploration montre une cicatrisation de l'ulcère peptique.

Dégastro-entérostomie. Suture de la brèche jéjunale.

Duodéno-gastrectomie (le duodénum n'a plus de lumière et on retrouve la trace de l'enfouissement de la fistule cholecysto-gastrique). Polya pré-colique.

— 21 janvier 1955: suites idéales.

— 21 février 1955: a repris du poids, contrôle radioscopique excellent.

— mai 1955: réponse au questionnaire: plus de douleurs, pèse 55 kgs 800 au lieu de 70 kgs, digestion normale, quelques légers ballonnements, pas de régime, pas de repas fractionnés, excellent résultat où le recul est encore insuffisant.

Ces dix gastrectomies, suffisamment détaillées et représentant chacune un cas d'espèce, se passent de commentaires. Voici en bloc leurs résultats :

— 1 décès post-opératoire de cause indéterminée : obs. 99.

— 3 résultats ininterprétables :

1 malade dont nous n'avions pas l'adresse : obs. 51

1 lettre nous est revenue : obs. 1

1 excellent résultat de 6 mois trop récent : obs. 124

Il reste donc 6 autres malades :

— 4 excellents résultats : 1 de 10 ans 1/2 : obs. 60

2 de 7 ans : obs. 79 et 86

1 de 2 ans : obs. 113

— 2 résultats satisfaisants : 1 de 5 ans : obs. 98

1 de 3 ans 1/2 : obs. 103

2°) *Interventions* a minima exécutées quand la gastrectomie fut impossible à cause des conditions anatomiques ou cliniques :

a) Réfection de la gastro-entéro-anastomose avec ou sans résection limitée. C'est le cas des observations 24, 34 et 55.

Observation 24 :

Per...; 73 ans en 1939. Syndrome ulcéreux depuis 1918.

— 1928 : douleurs et mœlena.

— 14 mai 1929 : gastro-entéro-anastomose à la suture pour ulcère calleux du duodénum associé à un ulcère de la grande courbure presque cicatrisé.

— 13 janvier 1939 : *Intervention* : (Pr SANTY, Dr MENEULT). Elargissement de la bouche de la gastro-entéro-anastomose en raison de l'âge.

— 15 avril 1942 : état général très satisfaisant après une prostatectomie en 2 temps. Excellent résultat d'au moins 3 ans.

Observation 34 :

Com... A ; 67 ans en 1941.

— 1928 : gastro-entéro-anastomose pour ulcère pylorique hémorragique.

— Mars 1941 : douleurs, vomissements, amaigrissement de 9 kgs en 5 mois, éthylisme.

— 18 juin 1941 : *Intervention* (Pr SANTY, Dr CHATTOT). Anesthésie locale. L'exploration montre :

1 ulcère duodéno-pylorique très volumineux en pleine évolution et très sténosant ;

1 gastro-entéro-anastomose très réduite avec petit ulcère peptique sur son bord droit rétractant le méso-colon transverse.

En raison de l'âge et de l'éthylisme, on se contente d'exciser les ulcères et de refaire la bouche de gastro-entéro-anastomose.

— 21 juillet 1941 : plus de douleurs.

Radio : la gastro-entéro-anastomose fonctionne bien, l'estomac s'évacue également par le pylore.

— Mai 1955: par la famille on apprend que l'amélioration a duré 1 an puis les douleurs ont repris jusqu'au décès du malade survenu le 27 janvier 46.
Mauvais résultat.

Observation : 55

Ant... E; 45 ans en 1944. Syndrome ulcéreux depuis longtemps.
— 1942: suture et gastro-entéro-anastomose pour ulcère perforé.
— 24 juin 1944: *Intervention* (Dr DARGENT, Dr MOUSSELOU). Perforation d'ulcère peptique à la 24^e heure. Excision. Suture latérale.
Dégastro-entéro-anastomose; nouvelle gastro-entéro-anastomose.
— 5 juillet 1944: sous anesthésie locale drainage de péritonite.
Décès le lendemain.

b) Dégastro-entérostomie et nouvelle gastro-entéro-anastomose.
C'est le cas de l'*observation 33* :

Bac...; 36 ans en 1941. Syndrome ulcéreux depuis 1935. Ethylisme.
— 22 novembre 1937: suture et gastro-entéro-anastomose pour ulcère pylorique perforé.
— 15 novembre 1940: douleurs et vomissements.
— 29 avril 1941: *Intervention* (Dr MAGNIN, Dr BALLIVET). Anesthésie locale.
Adhérences lâches. Grand estomac de sténose.
Sur le pylore cicatrice indurée et ombiliquée qui l'obture.
Gastro-entéro-anastomose rétrécie et indurée.
Résection large de cette bouche et anastomose des deux brèches à la suture.
Examen de la pièce: ulcère peptique développé sur le versant jéjunale.
— 12 mai 1941: plus de douleurs, a repris 1 kg 1/2.
Radioscopie: grand estomac: reflux duodénal; évacuation d'abord lente puis rapide.
— 16 juin 1941: a repris 4 kgs.
— Mai 1955: le malade n'a pas répondu au questionnaire.

c) Une jéjunostomie suivie 3 semaines après d'une résection limitée et d'une nouvelle gastro-entéro-anastomose. Ces gestes concernent l'*observation 19* :

Gel... F; 72 ans en 1938
— 1927: gastro-entéro-anastomose.
— 1935: douleurs et sub-occlusion chronique.
— 27 août 1938: *Intervention* (Dr MALLET-GUY, Dr PERRIN). Jéjunojéjunostomie car adhérences très importantes.
— 21 septembre 1938: *Intervention* (Dr MALLET-GUY): résection limitée de l'ulcère et gastro-entéro-anastomose à la suture très large en aval.
— 11 octobre 1938: plus de douleurs, bonne vidange gastrique à la radio.
— 9 novembre 1938: a repris 3 kgs.
Nous n'avons évidemment pas pu rejoindre ce malade.

Dans ces 5 observations, où ont été exécutés des gestes a minima, nous rassemblons les résultats suivants :

- 1 décès post-opératoire par péritonite: obs. 55;
- 2 résultats ininterprétables: obs. 19 et 33;
- 1 mauvais résultat: obs. 34;
- 1 excellent résultat d'au moins 3 ans: obs. 24.

3°) *Nous n'avons qu'une seule observation (82) associant une nouvelle gastro-entéro-anastomose à une vagotomie par voie abdominale en raison d'un ulcère récidivant inextirpable et dont le résultat est ininterprétable (la lettre d'enquête nous est revenue). Ce malade a été opéré le 7 janvier 1948 et le résultat 2 mois après, se traduisait par l'absence de douleurs, une prise de poids de 6 kgs mais un ballonnement abdominal survenait une demi-heure après le repas pour durer deux heures.*

Le compte-rendu radiologique post-opératoire est intéressant : « Très grosse poche à air; la baryte marque un temps d'arrêt à la partie inférieure de la poche à air puis dessine rapidement la portion verticale pour s'évacuer en trombe à travers les deux bouches de gastro-entéro-anastomose qui sont de calibre identique : évacuation très rapide en 5 minutes. L'intervention a donc produit une reperméabilisation de la première gastro-entéro-anastomose. »

Le tableau ci-contre résume ces résultats de 81 cas dits «simples» d'ulcère récidivant après gastro-entéro-anastomose.

Il en ressort un seul chiffre précis : la mortalité post-opératoire de 10 %. Pour les 73 autres observations, plus de la moitié est ininterprétable quant aux résultats. Nous nous doutons cependant que si les suites étaient réellement connues, il y aurait un pourcentage de mauvais résultats plus élevé que celui de 6 % noté pour les 35 malades suivis. Il est donc vain de vouloir établir à partir de ces derniers, des pourcentages qui ne sauraient être que fictifs car il n'y a certainement aucun parallélisme entre les résultats connus et les 38 autres ininterprétables.

II°. - *Les cas complexes.*

Ils réunissent :

— 14 observations d'ulcères multi-récidivants post-opératoires auxquelles il faut rajouter 3 observations que nous avons déjà étudiées et 3 autres qui sont classées dans les fistules gastro-jéjunocoliques;

— cette complication, concernant 7 malades, constitue le deuxième ordre de ces cas complexes.

1°) *Les ulcères multi-récidivants.* Certains auteurs classeraient quelques unes de nos observations dans les échecs de la gastrectomie, en fait, sont groupés ici des malades qui ont tous eu une gastro-entéro-anastomose dans un premier temps suivie de récidive, elle-

RESULTATS DES ULCERES RECIDIVANTS SIMPLES APRES G.E.A.

	Types d'intervention	Décès P.O.	Résultats ininterprétables						Malades suivis						
			Trop récent	P.A.	P.R.	L.R.	mort secondaire cause incon- nue	T.	E.R.			R.S.		M.R.	T.
									1.5 ans	5.10 ans	> 10 ans	1.5. ans	5.10 ans		
1°)	G. seule 20	1	—	3	3	1	10	1	2	4	—	2	—	9	
	G. + E bouton .. 31	3	—	4	4	1	15	1	7	1	1	2	1	13	
	G. + E : 2 boutons 12	2	—	4	2	1	7	—	2	1	—	—	—	3	
	G. (bouton) + E (sut.) 2	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	2	
	G. (divers) 10	1	1	1	—	—	3	1	2	1	1	1	—	6	
	Total de G. 75	7	1	12	9	3	35	5	13	7	2	5	1	33	
2°)	Interv. à minima .. 5	1	—	—	1	—	2	1	—	—	—	—	1	2	
3°)	X + G.E.A. 1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	
	TOTAL : 81	8	1	12	10	3	38	6	13	7	2	5	2	35	
									26			7			

même traitée par une intervention insuffisante ou une gastrectomie qui n'ont pas rempli leurs buts. Nous envisagerons d'abord les observations qui n'ont présenté qu'une deuxième récurrence, celles qui en ont présenté trois, enfin, celles qui en ont présenté de multiples.

1°) Ulcère ayant récidivé deux fois. Nous en avons 10 observations qui peuvent se classer de la manière suivante :

- celles où la première thérapeutique chirurgicale fut limitée;
- celles où malgré une gastrectomie, à vrai dire insuffisante, il y eut à nouveau récurrence;
- enfin, 1 observation où une gastro-entéro-anastomose est venue compléter une gastrectomie à la Péan.

a) Récurrence ulcéreuse après une intervention insuffisante réalisée pour ulcère récidivant après gastro-entéro-anastomose.

Ces interventions ont été soit un simple élargissement de la bouche anastomotique, avec ou sans jéjuno-jéjunostomie à la Braun, soit une entérectomie après dégastro-entérostomie suivie d'une nouvelle gastro-entéro-anastomose.

— Après élargissement de la bouche de gastro-entéro-anastomose. Les observations 12, 14 et 15 rentrent dans ce cadre et ont nécessité toutes trois une entérectomie au bouton de Villard et une gastrectomie avec rétablissement de la continuité gastro-jéjunale par un Polya. Nous ne détaillerons donc que l'*observation 14* :

Ram... F; 37 ans en 1937. Syndrome ulcéreux depuis 1924.

— 1932: gastro-entéro-anastomose pour ulcère duodéal. Douleurs.

— avril 1937: *Intervention* : Elargissement de la bouche.

— 17 décembre 1937: les douleurs ont repris un mois après l'intervention d'avril 1937, pas d'amaigrissement mais la radio montre un mauvais fonctionnement de la bouche de gastro-entéro-anastomose.

— 20 décembre 1937: *Intervention* (Pr SANY, Dr FRIEH). L'exploration montre derrière des adhérences un ulcère peptique volumineux siégeant sur la branche efférente de l'anse, pénétrant largement dans le mésentère.

Libération de l'estomac; section, enfouissement du duodénum, gastrectomie de droite à gauche.

Résection du grêle de 7 à 8 cm. Bouton de Villard.

Polya en amont.

— 10 février 1938: suites simples, a repris 5 kgs

Radio: vidange gastrique en deux temps.

— Mai 1955: réponse au questionnaire: va bien, pèse 67 kgs (son poids normal); digestions excellentes sans douleurs mais ne supporte ni le lait ni la purée. Pas de régime, a repris le même travail qu'avant sa maladie.

C'est donc un excellent résultat de 17 ans 1/2.

L'observation 12 concerne un éthylique qui a eu un excellent résultat de 14 ans, puis a récidivé (hématémèses et mœlena : a refusé l'intervention) et le malade de l'observation 15 a été revu en mai 1955 par son médecin avec un excellent résultat gastrique de

17 ans, mais éthyisme, tuberculose pulmonaire fibreuse en bonne voie de guérison (incapacité de travail).

— Après élargissement de la bouche de gastro-entéro-anastomose associée à une jéjuno-jéjunostomie, c'est le cas de l'*observation 4* :

Boa...; 35 ans en 1935.

— 19 janvier 1934: gastro-entéro-anastomose postérieure à la suture pour ulcère duodéal.

— 3 octobre 1934: *Intervention*: élargissement de la bouche avec jéjuno-jéjunostomie.

— Janvier 1935: resouffre.

— Juillet 1935: persistance des douleurs, vomissements, amaigrissement de 7 kilos.

— 12 juillet 1935: *Intervention*: (Pr SANTY, Dr MALLET-GUY): ulcère peptique de petit volume, développé sur la partie latérale droite de l'anastomose et sténose duodénale. Dégastro-entérostomie.

Fermeture de la brèche jéjunale à la suture.

Gastrectomie suivie d'un Billroth II au bouton sur l'anse efférente.

— 29 juillet 1935 : décès.

— Après une entérectomie suivant une dégastro-entérostomie, associée à une nouvelle gastro-entéro-anastomose. C'est le cas de l'*observation 6* :

Bri...; 36 ans en 1934.

— 3 novembre 1933: gastro-entéro-anastomose postérieure à la suture pour ulcère duodéal.

— 19 octobre 1934: *Intervention* (Pr SANTY): résection intestinale de 8 cm et gastro-entéro-anastomose sur l'ancienne bouche pour ulcère peptique.

— 10 décembre 1935: récurrence des douleurs et des vomissements mais bon état général.

— 20 décembre 1935 : *Intervention* (Pr SANTY, Dr SOUSTELLE): anastomose perméable mais nouvel ulcère peptique du diamètre d'un index, profond, siégeant sur le bord mésentérique du jéjunum.

Entérectomie économique. Bouton de Villard.

Duodéno-gastrectomie, Polya en amont du bouton.

— 15 avril 1936: a repris du poids, quelques vomissements. Bon état général.

Ce malade n'a pas répondu à notre lettre.

b) Récurrence ulcéreuse, après une gastrectomie réalisée pour ulcère récidivant après gastro-entéro-anastomose. Ce groupe concerne 4 observations : 52, 57, 111 et 125 où ont été réalisées une recoupe gastrique et une entérectomie. Pour les deux dernières une vagotomie par voie abdominale a été associée, *observation 52* :

Fro... P; 42 ans en 1944. Syndrome ulcéreux depuis 1927.

— 1937 : gastro-entéro-anastomose pour ulcère duodéal et juxta-pylorique.

— 1939: douleurs.

— février 1942: gastrectomie, souffre un mois après.

— 29 mars 1944: point douloureux à gauche à la palpation, amaigrissement de 3 kgs 1/2.

Radio: estomac de taille moyenne. Niche jéjunale d'ulcère peptique et dilatation de l'anse, reflux dans l'anse afférente.

— 1er avril 1944: *Intervention* (Pr SANTY, Dr HUTINEL). A. L. Adhérences assez serrées, moignon gastrique important, ulcère peptique volumineux sur la face antérieure de l'anastomose avec dilataion de l'anse afférente.

— Entérectomie. Bouton de Villard immédiatement en dessous de l'angle duodéno-jéjunal.

Libération gastrique obligeant à dépouiller largement le méso-colon transverse et à lier une artère colique.

Recoupe importante. Polya en aval.

Examen de la pièce: volumineux ulcère peptique de forme elliptique développé exactement sur la bouche anastomotique à la limite des deux muqueuses correspondant au bord intérieur et à l'extrémité droite de cette anastomose.

Ulcère très profond pénétrant dans une masse scléro-lipomateuse développée dans le méso-colon transverse.

Suites opératoires troublées.

— 27 avril 1944: suites excellentes depuis l'évacuation du bouton.

— 2 juillet 1944: une lettre apprend la récurrence des douleurs et de l'asthénie, l'existence d'une fistule vraisemblablement duodénale.

Observation : 57 :

Gau...; 40 ans en 1944.

— 1923: suture et gastro-entéro-anastomose pour ulcère duodéal perforé.

— 1935 douleur.

— 1938: hémorragies.

— 1940: *Intervention*: gastrectomie avec conservation de la bouche de gastro-entéro-anastomose.

— 1944: douleur et hémorragie; radio: ulcère peptique probable.

— 1944: *Intervention*: (Pr SANTY) ulcère peptique du jéjunum en amont de l'anastomose.

Entérectomie. Bouton de Villard.

Duodéno-gastrectomie. Polya.

Suites opératoires simples.

— Mai 1955: nous n'avions pas l'adresse de ce malade.

Observation 111 :

Vig... S; 33 ans en 1953. Syndrome ulcéreux depuis 1935.

— 1940: gastro-entéro-anastomose pour sténose.

— 1945: *Intervention*: gastrectomie pour ulcère récidivant.

— Novembre 1952: hématoméses, mœlena, asthénie, amaigrissement.

Radio: ulcère peptique de l'anse afférente.

Traitement médical.

— Mars 1953: violentes douleurs.

— 10 avril 1953: *Intervention* (Dr MICHAUD, Dr SAUBIER). A. G. Libération facile montrant un moignon gastrique assez grand et une anastomose en Y.

Ulcère peptique siégeant à deux centimètres au dessous de l'anastomose gastro-jéjunale.

Entérectomie.

Recoupe gastrique, Billroth II en utilisant l'orifice intestinal laissé par la résection de l'anse.

Bivagotomie.

Examen de la pièce: net ulcère peptique mais à parois souples.

— Mai 1955: a répondu à la convocation, pèse 57 kgs (poids normal: 64 kgs).

Digestions normales, quelques pesanteurs immédiatement après les repas, pas de régime, 4 repas par jour.

A repris le même travail qu'en 1940.

Radio: Œsophage normal, moignon gastrique ne dépassant pas le rebord costal, évacuation lente, léger reflux dans l'anse afférente.

En somme : excellent résultat de 2 ans.

Observation 125 :

Euv... P; 30 ans en 1955. Syndrome ulcéreux depuis 1949.

— 28 mai 1952: gastro-entéro-anastomose.

— 28 octobre 1953: Gastrectomie pour ulcère récidivant.

5 mois après: douleurs, amaigrissement.

— 28 janvier 1955: *Intervention* (Dr LAROYENNE, Dr LATREILLE). A. G. Libération facile d'adhérences, ulcère peptique volumineux.

Dégastro-gastrectomie.

Bivagotomie.

Entérectomie. Bouton de Villard.

Recoupe gastrique suivie d'un Polya.

— Février 1955: suites marquées par de la diarrhée.

— Mai 1955: revu à la consultation, malade amélioré, ne pèse que 50 kgs. quelques vomissements immédiatement après les repas, régime assez strict: syndrome du petit estomac.

Radioscopie: moignon gastrique minuscule, s'évacuant lentement: anse efférente très dilatée, pas de reflux œsophagien ni dans l'anse afférente.

En somme, résultat satisfaisant de 6 mois susceptible de s'améliorer.

c) Enfin, l'observation 62 présente une évolution grave et démontre le danger de l'anastomose gastro-duodénale en cas d'ulcère duodénal.

Observation 62 :

Gir... P; 40 ans en 1945.

— 7 mai 1930: suture et gastro-entéro-anastomose pour ulcère duodénal perforé.

— 1939: douleurs

— 24 février 1941: crise douloureuse, amaigrissement de 5 à 6 kgs.

Radio: gastro-entéro-anastomose fonctionnant mal, estomac distendu, pas d'ulcère peptique visible.

— 3 mars 1941: *Intervention* (Pr SANTY, Dr BALLIVET). A. L. Importantes adhérences.

Ulcère peptique peu volumineux sur la lèvre postérieure de la bouche.
Ulcère duodénal en activité.

Libération, dégastro-entérostomie, fermeture de la brèche jéjunale en trois plans.

Gastrectomie, Péan par implantation postérieure du bouton de Villard.

— 13 février 1942: pèse 71 kgs, digestion facile, quelques douleurs.

Radio: estomac de dimensions moyennes se vidant très bien avec évacuation rythmée.

— 11 mai 1945: hématémèse importante depuis le 8 mai.

— 15 mai 1945: *Intervention*: (Pr SANTY, Dr MAILLET). A. L. Adhérences importantes, moignon gastrique de forme allongée, étiré vers la droite à parois épaisses, induration duodénale de la taille d'un gros haricot signant l'ulcère récidivant.

Résection impossible d'où gastro-entéro-anastomose pré-colique sur la première anse grêle en aval de l'ancienne cicatrice d'oblitération de la première bouche jéjunale de gastro-entéro-anastomose. La paroi de cette anse est très épaissie. Un doigt dans l'estomac au cours de la suture confirme l'existence d'un ulcère peptique de petit diamètre et peu induré.

— 18 mai 1945: exitus de cause non précisée.

2°) Ulcère ayant récidivé trois fois : nous en avons deux observations :

Observation 2 :

Bor... F; 35 ans en 1934

— 1930: gastro-entéro-anastomose pour ulcère duodénal.

— 1931: *pylorectomie*.

— 1932: *gastrectomie*.

— 1934: douleurs, vomissements, hématémèses et moelena chez un malade éthylique. La radio affirme un ulcère récidivant.

— 21 juillet 1934: *résection* suivie d'une nouvelle gastro-entéro-anastomose.

Mort post-opératoire par accident transfusionnel.

Observation 106 :

Far... L; 47 ans en 1951. Syndrome ulcéreux depuis 1924.

— 1938: *Intervention*: suture et gastro-entéro-anastomose pour ulcère perforé.

— Mai 1950: *Intervention*: Gastrectomie pour ulcère peptique.

— Avril 1951: accalmie de cinq mois puis reprise du syndrome ulcéreux.

Radio: énorme niche jéjunale immédiatement en-dessous de l'anastomose; traitement médical.

— 7 décembre 1951: *Intervention* (Dr MICHAUD, Dr TOURAINE). Dragsted par voie thoracique.

— 28 janvier 1952: plus de douleurs, a repris 5 kgs.

— Mai 1955: a répondu à la convocation: va très bien, pèse 54 kgs (poids normal: 58 kgs). Digestion excellente, pas de régime, 5 repas par jour, a repris son métier de chauffeur de chaudières.

Radioscopie: moignon gastrique minuscule, absolument incontinent, anse anastomosée dilatée faisant fonction de réservoir.

Excellent résultat de 3 ans 1/2.

3°) Ulcère ayant récidivé 4 fois : observation 44 et 7 fois : observation 66.

Observation 44 :

Rav... E; 45 ans en 1943.

— Août 1928: gastro-entéro-anastomose pré-colique pour ulcère de la première et de la deuxième portion duodénale;

— 2 mars 1933: *excision* de l'ulcère duodénal, élargissement de la gastro-entéro-anastomose car le duodénum et le pylore sont très fixés.

— 11 avril 1933: vomissements. *Nouvelle gastro-entéro-anastomose* que l'on place plus à droite sur la face antérieure de l'anse en se servant de l'anse intestinale sous-jacente à l'anse déjà anastomosée.

— 1938: persistance des douleurs, nouvelle *Intervention* de nature non précisée.

— 12 octobre 1943: devant la reprise des douleurs avec amaigrissement et vomissements, nouvelle *Intervention* (Pr SANY, Dr LATARJET). A. .L. Symphyse péritonéale importante avec anse afférente dilatée: jéjuno-jéjunostomie.

— 3 décembre 1945: troubles psychiques très graves post-opératoires. A repris 6 kgs, souffre de l'hypochondre gauche sans horaire précis.

— Mai 1955: a répondu à la convocation, va très bien depuis l'intervention de 1943. Pèse 58 kgs (poids normal: 62 kgs). Digestion excellente, à condition de ne pas faire de gros repas: 4 repas par jour sans aucun régime.

A repris son travail antérieur à l'intervention de 1943.

Radioscopie: Les deux bouches de gastro fonctionnent, mais c'est surtout celle de position antrale qui est fonctionnellement la plus importante.

Nulle part dans cette observation n'est mentionnée l'existence d'un ulcère récidivant, mais chaque fois, ce malade a été opéré pour une symptomatologie qui l'évoquait. Le traitement radical de la maladie ulcéreuse a toujours été impossible vu les conditions anatomiques. Il est peut-être arbitraire de le classer dans une série d'ulcères récidivants car il peut s'agir de troubles banaux après gastro-entéro-anastomose ou bien, et c'est l'hypothèse à laquelle nous souscrivons, il s'agissait effectivement d'ulcères récidivants mais impalpables qui n'ont jamais pu être confirmés par un examen anatomique de la pièce étant donnée l'impossibilité d'exérèse.

Beaucoup plus démonstrative est l'*observation 66* :

Ben...; 53 ans en 1946.

— Novembre 1932: syndrome douloureux abdominal aigu.

— 30 décembre 1932: *Intervention*. Ulcère perforé bouché de la portion inférieure du bulbe duodénal adhérent au foie et à la vésicule biliaire. Suture; enfouissement; gastro-entéro-anastomose postérieure au bouton de Jaboulay.

— 30 avril 1933: bon résultat.

— Mai 1941: douleurs post-prandiales, vomissements et mœlena.

Radio: bouche anastomotique très déformée.

— Juin 1941: *Intervention*: sténose de la bouche. Dégastro-entérostomie; nouvelle gastro-entéro-anastomose postérieure avec l'ancienne brèche jéjunale.

— Juin 1943: Douleurs. Traitement médical.

— 13 janvier 1944: *Intervention*: Gastrectomie (Billroth II au bouton) pour ulcère peptique.

— Mai 1944: douleurs.

— 9 mai 1944: *Intervention*: nouvelle gastro-entéro-anastomose à la suture antérieure.

— Juillet 1944: Reprise des douleurs.

— 9 août 1944: *Intervention*: résection des nerfs grands et petits splanchniques et du douzième ganglion thoracique.

— Septembre 1944: échec. Morphinomane.

— 25 octobre 1946: *Intervention* (Pr SANTY): Vagotomie double par voie thoracique.

— 26 novembre 1946: disparition des douleurs, transit baryté normal.

— 13 janvier 1947: récurrence des douleurs.

— 20 octobre 1947: douleurs très vives mais état général bien conservé.

— 20 juillet 1953: douleurs post-prandiales persistantes et hématuries.

— 24 mai 1954: décès.

Cette grave évolution de 13 ans marquée par 6 interventions pour ulcère dont 2 neurotomies inefficaces, illustre combien peut être désespérant le génie évolutif de la diathèse ulcéreuse quand le geste radical n'a pu être exécuté d'emblée.

A ces 14 observations, il convient d'en rajouter :

— 3 que nous avons déjà vues : obs. 21 et 34, toutes deux avec un mauvais résultat et sans nouvelle intervention pour leur récurrence, et l'observation 103 (cf : p. 89) où avant le traitement radical a été réalisée deux ans auparavant la suture d'un ulcère récidivant perforé après gastro-entéro-anastomose et dont le résultat est satisfaisant depuis trois ans et demi.

— 3 autres que nous retrouverons dans les fistules gastro-jéjunocoliques.

- L'observation 36 : (cf. p. 106) ulcère récidivant 2 fois après 2 gastro-entéro-anastomoses chez un malade dont nous n'avons pas l'adresse.

- L'observation 65 : (cf. p. 106) Ulcère récidivant également 2 fois : résection limitée et jéjuné-jéjunostomie pour ulcère récidivant perforé après gastro-entéro-anastomose opéré 8 ans après d'une fistule gastro-jéjunocolique : nous n'avons pas reçu de réponse à la lettre d'enquête.

- Enfin, l'observation 76 : (cf. p. 108) Ulcère récidivant 4 fois après une gastro-entéro-anastomose et jéjuné-jéjunostomie, une pylorectomie, une gastrectomie associée à une entérectomie et une résection du colon transverse qui a nécessité ultérieurement une autre recoupe gastrique avec entérectomie. Ce malade réopéré 5 ans après (Dragsted abdominal à titre préventif au cours d'une exploration motivée par une constipation en relation avec un rétrécissement du colon transverse) n'a pu être rejoint par notre lettre de mai 1955. On peut malgré tout le considérer comme un résultat satisfaisant de 5 ans.

RESULTATS DES ULCERES MULTI-RECIDIVANTS APRES G.E.A.

	Types d'intervention	Décès P.O.	Résultats interprétables					Malades suivis			
								E.R.		R.S.	
			Trop récent	P.A.	P.R.	L.R.	T.	1.5 ans	5.10 ans	1.5 ans	5.10 ans
U.R. 2 fois	a)	1			1		1				
	b)						2				
	b)		1	1				1			
	c)	1									
TOTAL :	9 G + F° 1 GEA	2	1	1	1		3	1			
U.R. n fois	4	1						1			
TOTAL :	14	3	1	1	1		3	2			
6 U.R. classés : 3 dans les simples 3 dans F.G.J.C.				1	1		2			1	1
TOTAL :	20	3	1	2	2		5	2		1	1

2°) *Les fistules gastro-jéuno-coliques.* - Nous en groupons 7 observations toutes opérées en 1 temps avec, chaque fois, une cœcostomie de décharge. Nous opposerons les observations où une simple suture du colon transverse a pu être faite à celles où la résection du colon transverse fut nécessaire.

a) Observations où la suture simple du colon transverse a suffi : nous en avons 5 : le traitement de l'ulcère récidivant lui-même nécessite des modalités particulières :

— Duodéno-gastrectomie utilisant la brèche jéjunale de dégastro-entérostomie mais nécessitant une gastro-entéro-anastomose complémentaire : c'est le cas de l'*observation 26* :

Bou...; 44 ans en 1939.

— 1928: gastro-entéro-anastomose suivie d'une pylorectomie.

— 1934: récédive des douleurs.

— 1938: douleurs continues. Vomissements fréquents. Amaigrissement de 6 kgs. Etat général médiocre. La radio montre un ulcère récidivant.

— 19 mars 1939: *Intervention* (Pr SANTY, Dr MICHEL). A. L. Libération facile.

L'exploration montre un ulcère peptique fixant la gastro-entéro-anastomose à la face profonde du colon transverse et on sent parfaitement au doigt une fistule iléocolique du diamètre de l'auriculaire.

Libération de la gastro-entéro-anastomose.

Suture en plusieurs plans du colon. Duodéno-gastrectomie enlevant l'ancien ulcère au niveau du pylore. Polya utilisant la brèche jéjunale.

Anastomose gastro-jéjunale de complément au bouton de Jaboulay car l'anse efférente est plicaturée.

Cœcostomie.

Suites troublées et décès au 20^e jour d'hémorragie.

— Duodéno-gastrectomie avec anastomose gastro-jéjunale, type Polya et entérectomie au bouton. C'est le cas de l'*observation 18* :

Lep... G; 55 ans en 1938.

— 1953: gastro-entéro-anastomose.

— Janvier 1938: douleurs. Episode dysentérique. Amaigrissement de 10 kgs. Clapotage.

— 16 juillet 1938: *Intervention* (Pr SANTY, Dr LATARJET). A. L. Ulcère peptique sur le bord antérieur de la bouche de gastro-entéro-anastomose et ouvert en avant dans le colon transverse avec dilatation considérable de l'anse afférente. *Fermeture du colon transverse.*

Entérectomie au bouton de Villard.

Duodéno-gastrectomie avec Polya en aval du bouton.

Cœcostomie.

— 22 mars 1939: Excellent état général.

— Mai 1955: a répondu à la convocation. Résultat excellent, pèse 65 kgs (son poids normal), digestions normales, pas de régime, 3 repas par jour dont un gros à midi. Avait repris son travail d'ajusteur mécanicien.

Actuellement à la retraite.

Radio: moignon gastrique assez grand avec dilatation de l'anse efférente. Evacuation rythmée, pas de reflux dans l'anse afférente ni œsophagien. En somme, excellent résultat de 17 ans.

— 2 duodéno-gastrectomies avec Billroth II au bouton de Jaboulay avec entérectomie au bouton : c'est le cas des observations 36 et 65.

Observation 36 :

Gr...; 50 ans en 1942.

— 1935: gastro-entéro-anastomose pour sténose ulcéreuse.

— 1937: récidive des douleurs et amaigrissement.

— 1940: nouvelle gastro-entéro-anastomose.

— Janvier 1942: douleurs; état général médiocre.

Radio: sténose et dilatation gastrique. Bouton en place.

— 28 janvier 1942: *Intervention* (Pr SANTY). Libération gastrique difficile montrant un énorme estomac de sténose avec :

une gastro-entéro-anastomose antérieure très sténosée mais sans ulcère peptique.

Une deuxième gastro-entéro-anastomose à la face postérieure avec gros ulcère peptique ouvert dans le colon transverse.

Entérectomie de l'anse grêle très altérée. Bouton de Villard.

Suture du colon transverse.

Gastro-duodénectomie du type Billroth II en utilisant l'ancienne brèche jéjunale obtenue par la dégastro-jéjunostomie de la deuxième gastro-entéro-anastomose.

Cœcostomie.

Examen de la pièce: volumineux ulcère peptique; l'ulcère pylorique ancien est encore évolutif: il présente deux faux diverticules et détermine une sténose très serrée.

Suites opératoires simples; évacuation rapide des deux boutons.

— Mai 1955: nous n'avions pas l'adresse de ce malade.

Observation 65 :

Bad...; 49 ans en 1946.

— 1936: gastro-entéro-anastomose pour ulcère de la petite courbure.

— 4 mai 1938: perforation d'ulcère peptique: résection limitée et jéjunostomie.

— Septembre 1940: douleurs, diarrhée, amaigrissement de 3 kgs.

— 20 juillet 1946: vomissements fécaloïdes.

— 26 juillet 1946: *Intervention* (Pr SANTY, Dr MARION) A. G. Nombreuses adhérences. Ulcère peptique avec fistule gastro-jéuno-colique.

Entérectomie au bouton de Villard.

Fermeture du colon transverse.

Duodéno-gastrectomie terminée par un Billroth II au bouton en aval du bouton de Villard.

Cœcostomie.

Nous n'avons pas reçu de réponse à notre lettre de mai 1955.

— Duodéno-gastrectomie avec anastomose gastro-jéjunale type Billroth II au bouton et entérectomie à la suture. C'est le cas de l'*observation* 122 :

Bru... L; 46 ans en 1954.

— 1945: hématomose et mœlena.

— Septembre 1947: gastro-entéro-anastomose.

— 1951: récurrence des hématomoses.

— A partir de juillet 1953: douleurs, ballonnements, diarrhée, amaigrissement de 10 kgs.

— 26 août 1954: *Intervention* (Dr MICHAUD, Dr MAYER) A. G. Symphyse péritonéale facile à libérer. Gros foie précirrhotique. Volumineux ulcère peptique incrusté dans le méso-colon avec fistule jéuno-colique.

Libération du colon: fistule du diamètre d'une pièce de 5 francs avec anneau scléreux que l'on résèque: *suture* en deux plans transversale et épiplooplastie.

— Entérectomie. Suture en trois plans.

Gastro-duodénectomie d'un estomac à parois épaisses et hémorragiques enlevant l'ancien ulcère du duodénum, très adhérent et sténosant. Billroth II au bouton rétro-colique.

Cœcostomie.

— 22 octobre 1954: décès par cachexie progressive.

Les résultats d'ensemble de ces 5 observations peuvent donc se résumer ainsi :

— 2 décès post-opératoires: obs. 26 au 20^e jour d'hémorragie.

— 122 au 55^e jour de cachexie progressive chez un cirrhotique.

— 2 résultats ininterprétables: obs. 36 dont nous n'avons pas l'adresse et l'obs. 55 pour laquelle nous n'avons pas de réponse.

— 1 excellent résultat de 17 ans: obs. 18.

b) Observations où le colon transverse fut réséqué, nous en avons deux; le traitement de l'ulcère récidivant lui-même nécessita des modalités particulières :

— Gastrectomie terminée par un Péan au bouton associée à une entérectomie au bouton : c'est le cas de l'*observation* 35 :

Lau... 50 ans en 1941.

1935: gastro-entéro-anastomose pour ulcère duodéno-pylorique.

Depuis 1937, douleurs, diarrhée, amaigrissement.

— 17 novembre 1941: *Intervention* (Pr SANTY, Dr FRIEH). A. L. L'exploration montre: une ascite sans adhérences, de deux litres.

1 fistule complexe gastro-jéuno-colique par ulcère peptique: ce dernier ayant le diamètre d'une pièce de deux francs et creusant également dans le méso-colon transverse.

1 ulcère duodéno-pylorique évolutif avec sténose inflammatoire très serrée de la première portion du duodénum qui rendra difficile sa libération.

Entérectomie économique au bouton de Villard.

Duodéno-gastrectomie du type Péan au bouton de Villard.

Résection segmentaire du colon transverse de 10 cm avec anastomose partielle des 3/4 et tube de Paul.

— 24 février 1941 : Décès. La vérification montre l'existence d'une ascite hémorragique.

— Duodéno-gastrectomie avec anastomose gastro-jéjunale pré-colique et entérectomie de 30 cm : c'est le cas de l'observation 76 qui relate également l'histoire d'un ulcère multi-récidivant.

Pan... M; 44 ans en 1942. Syndrome ulcéreux depuis 1935.

— 1937: *Intervention* : gastro-entéro-anastomose et jéjunostomie pour ulcère duodénal.

— 1er juin 1939: 2° *Intervention*: pylorectomie.

— Octobre 1939: récidence des douleurs et amaigrissement.

— 21 novembre 1940: 3° *Intervention* (Pr SANTY): ulcère peptique ouvert dans le colon transverse:

Résection de la gastro-entéro-anastomose et de la jéuno-jéjunostomie.

Résection de 20 cm du colon transverse.

Entérectomie de 30 cm.

Résection duodéno-gastrique avec anastomose gastro-jéjunale pré-colique Cœcostomie.

— Janvier 1941: récidence des douleurs.

— Février 1942: douleurs, vomissements mais a repris 4 kgs.

Radio: ulcère peptique.

— 7 mars 1942: 4° *Intervention* (Pr SANTY, Dr GUILLEMIN) A. L. Libération difficile, ulcère peptique accolé à la paroi antérieure sur anastomose pré-colique.

Rétrécissement du colon transverse.

Entérectomie de dix centimètres au bouton de Villard.

Recoupe gastrique. Billroth II transmésocolique au bouton que l'on place entre l'ancienne cicatrice du grêle et le nouveau bouton.

— 19 juillet 1942: plus de douleurs, mais les deux boutons sont restés en amont du rétrécissement du colon transverse.

— 25 juillet 1942: 5° *Intervention*: extraction des deux boutons par l'ancienne cœcostomie.

— 22 avril 1947: bon état général, mais constipation tenace.

— 8 mai 1947: 6° *Intervention* (Pr SANTY, Dr MAILLET). Le colon transverse est noyé dans une symphyse dense et il est rétréci. Pas de fistule gastro-jéuno-colique ni d'ulcère peptique.

Bi-vagotomie.

Cœcostomie à cause de la sténose du colon transverse.

— 14 juin 1947: le lavement baryté montre toujours l'image de sténose du colon transverse mais l'état fonctionnel est satisfaisant.

Pas de constipation ni de douleur colique.

Fermeture spontanée de la cœcostomie.

— Mai 1955: la lettre d'enquête nous revient avec la mention «inconnu».

Le résultat de cette observation est donc difficile à apprécier. Du point de vue du traitement de la fistule gastro-jéuno-colique, c'est un mauvais résultat puisqu'il a récidivé presque immédiatement après.

Du point de vue maladie ulcéreuse, on peut considérer que ce malade a eu un résultat satisfaisant de 5 ans au moins, à partir de son intervention de mars 1942 jusqu'au moment où il a été revu pour la dernière fois dans le service en 1947, où a été réalisée une vagotomie à titre préventif d'une récurrence éventuelle. Malheureusement nous n'avons pas eu de nouvelles depuis.

Dans ces deux observations où fut pratiquée une résection large du colon transverse, les résultats sont peu encourageants :

- 1 décès post-opératoire: obs. 35, au 7^e jour (ascite hémorragique)
- 1 résultat à peine satisfaisant de 5 ans dans l'observation 76.

Les résultats d'ensemble de ces fistules gastro-jéjuno-coliques sont très décevants : pour 7 observations, nous notons :

- 3 morts post-opératoires.
- 2 résultats ininterprétables.
- 1 résultat satisfaisant de 5 ans au moins.
- 1 excellent résultat de 17 ans.

Ce même aspect sombre de la chirurgie pour fistule gastro-jéjuno-colique se retrouve dans la littérature où heureusement les grandes statistiques n'abondent pas :

ATWATER et Collaborateurs (8) pour 42 observations ont une mortalité de 27 %.

KRABEL (170) à propos de 8 malades personnels, en retrouve, en 1951, 75 cas dans la littérature pendant ces 15 dernières années (mortalité: 24,7 %) Lui-même a relevé :

- 2 grandes résections avec une mort.
- 6 palliatives sans décès mais avec 5 récurrences (2 résections secondaires)

LOCALIO (194) présente 8 cas sans mort.

GOLD (123) signale une mortalité de 25 à 63 % selon les auteurs.

MARINACCIO (206), sur 49 ulcères récidivants a opéré 5 fistules : 3 avec suture simple du colon transverse, 2 avec résection du colon transverse.

Nous ignorons les suites de ces malades.

Par ailleurs on trouve des articles concernant 1 ou 3 malades, chez lesquels le traitement répond à des cas d'espèces: BACHER (10) propose un type particulier de suture colique: « plastie réalisée par la suture perpendiculaire d'une incision longitudinale », application bien classique de la suture transversale non sténosante de tout organe creux et cylindrique.

ISAACS (159) plaide en faveur de l'iléosigmoïdostomie préalable. HEPP et LAGRANGE (148 et 149) présentent deux observations.

Enfin WALTERS et Collaborateurs (313) ont traité 20 fistules gastro-jéjuno-coliques: pas de décès post-opératoire, 15 opérés sont suivis avec 1 échec (6,7 %), 1 résultat satisfaisant (6,7 %) et 13 résultats excellents (86,6 %).

Voici donc résumé en tableau les résultats globaux de nos ulcères récidivants après gastro-entéro-anastomoses.

RESULTATS GLOBAUX DES ULCERES RECIDIVANTS APRES G.E.A.

	Nbre	mort P.O.	Résultats ininterprétables						Malades suivis						
			Trop récent	P.A.	P.R.	L.R.	mort secondaire cause incon- nue	T.	E.R.			R.S.		M.R.	T.
									1.5 ans	5.10 ans	+10 ans	1.5 ans	5.10 ans		
Ulcères récidiv. « simples »	81	8	1	12	10	12	3	38	6	13	7	2	5	2	35
Ulcères multi- récidivants	14 (20)	3 (3)	1 (1)	1 (2)	1 (2)			3 (5)	2 (2)		3 (3)	(1)	(1)	3 (5)	8 (12)
Fistules gastro- jéjuno-coliques	7	3		1	1			2			1		1		2
TOTAL :	102	14	2	14	12	12	3	43	8	13	11	2	6	5	45

B) *L'ulcère récidivant après gastrectomie d'emblée ou suivant une suture isolée pour perforation.*

Notre étude, comportant l'incidence de la perforation de l'ulcère initial et des interventions en plusieurs temps, nous distinguons les ulcères après gastrectomie d'emblée et les ulcères après gastrectomie secondaire à une suture pour ulcère perforé sans gastro-entéro-anastomose.

1°) Ulcère récidivant après gastrectomie d'emblée :

- après gastrectomie nettement insuffisante.
- après gastrectomie pour laquelle nous n'avons pas de précision tant sur les dimensions que sur la nature du procédé technique.
- après gastrectomie apparemment suffisante.

a) après gastrectomie nettement insuffisante. Nous en groupons 4 : 2 Billroth II et 2 Polya.

2 *Billroth II insuffisants en étendue*. Le traitement a été chaque fois, la recoupe gastrique terminée par un Polya, utilisant la brèche jéjunale dans l'observation 11, associée à une entérectomie au bouton de Villard dans l'observation 119.

Pour la première, nous n'avons ni résultat immédiat ni l'adresse du malade, pour la seconde, le résultat est mauvais avec dumping-syndrome important et vraisemblablement récidive actuellement traitée médicalement.

2 *Polya insuffisants en étendue et sur anse longue*. Toutes deux présentent l'intérêt d'avoir vagotomisées. Les voici en détail :

Observation 123 :

Sch...; 54 ans en 1954.

— 1942: gastrectomie pour ulcère du duodénum.

— 18 février 1954: a assez vite resouffert: douleurs intenses depuis le 10 août 1954 et mœlena.

Radio: montre un ulcère paraissant siéger sur l'anse efférente. Douleur à la pression de l'hypochondre.

— 29 novembre 1954: *Intervention* (Pr SANTI) A. G. Gros ulcère peptique situé exactement sur l'anastomose gastro-jéjunale, du diamètre d'une pièce de 1 franc.

On commence par sectionner les deux vagues à la hauteur de l'œsophage abdominal.

Recoupe gastrique entraînant l'anastomose et l'anse malade sur 10 cm. Anastomose jéuno-jéjunale au bouton de Villard.

Anastomose gastro-jéjunale à la Polya en aval du bouton.

— 8 décembre 1954: un peu de ballonnement dans les premiers jours.

— Mai 1955: réponse au questionnaire: excellent résultat pour l'instant. Mais ce résultat est trop récent pour que nous puissions en tenir compte.

Observation 95 :

Seg... M; 32 ans en 1948. Syndrome ulcéreux depuis 1940.

— 1943 : Polya pour ulcère pylorique.

Resouffre 6 mois après. Traitement médical.

— 12 août 1948: diagnostic formel d'ulcère récidivant.

— 17 août 1948: *Intervention* (Dr Duroux) A. L. L'exploration montre un Polya avec anse jéjunale très longue, plicaturée et moignon gastrique assez grand et bouche assez large.

Pas d'ulcère peptique typique sur la large bouche du Polya mais un noyau de la grosseur d'une lentille d'allure cicatricielle sur la face antérieure de l'anastomose.

Bivagotomie.

— 3 septembre 1948: va bien.

— 9 août 1949: admis d'urgence pour des hématomés.

Les radios montrent un ulcère peptique.

L'indication de recoupe gastrique est posée après rétablissement de l'état général mais malgré nos recherches, la trace de ce malade est définitivement perdue.

Quoiqu'il en soit, cette observation confirme la difficulté que l'on a, dans quelques cas, à percevoir l'ulcère peptique à la palpation per-opératoire, de même que l'inconstance des effets de la vagotomie.

b) après gastrectomie sur laquelle nous n'avons pas de précisions tant sur ses dimensions que sur la nature du procédé technique. Nous en groupons 5 : 3 cas « simples » et 2 cas « complexes ».

— Cas « simples » : ce sont les observations : 94, 102 et 110 où, à la recoupe gastrique et à l'entérectomie, a été associée pour les deux dernières une vagotomie.

Observation 94 :

Col... G; 43 ans en 1949. Syndrome douloureux depuis 1946.

— 9 février 1948: gastrectomie.

— Décembre 1948: récurrence des douleurs.

— Juillet 1949: douleur, anémie, amaigrissement de 8 kgs.

— 13 juillet 1949: *Intervention* (Dr MICHAUD). A. G. Symphyse totale de tout l'espace sous-hépatique. L'anastomose est le siège d'une péri-viscérite intense.

— Entérectomie à la suture après décollement de l'angle duodéno-jéjunal.

Retaille gastrique (un travers de main); Billroth II transmésocolique.

— 28 novembre 1949: a repris 6 kgs, quelques douleurs dans l'hypochondre gauche.

— Radio: transit excellent d'un estomac minuscule.

— Mai 1955: a répondu à la convocation, quelques pesanteurs mais ne souffre plus. Reste maigre (58 kgs), très nerveux et psychasthénique. Suit un régime avec repas fractionnés.

Radio: moignon minuscule s'évacuant bien, un peu de reflux dans l'anse afférente, pas de douleur à la pression de l'hypochondre gauche.

En somme, résultat satisfaisant de 6 ans.

Observation 102 :

Cer... C ; 42 ans en 1951. Syndrome ulcéreux depuis 1931.

— 1949: première hémorragie.

— 19 août 1950: gastrectomie d'urgence pour ulcère duodénal hémorragique.

— Janvier 1951: réapparition de douleurs épigastriques de type brûlures survenant 4 à 5 heures après les repas. Faim douloureuse. Pas d'hémorragies ni d'amaigrissement mais vomissements fréquents.

— 10 avril 1951: *Intervention* (Dr DARGENT). A. G. Ulcère peptique induré du cadran postérieur droit de la bouche. Libération de la brèche mésocolique et de la grande courbure. Il reste très peu de petite courbure. Mobilisation du moignon jusqu'à l'œsophage abdominal.

Bivagotomie.

Entérectomie et recoupe gastrique terminée par un Polya.

— Mai 1955: pèse actuellement 73 kgs, digère normalement, mais brûlures œsophagiennes basses, quelques ballonnements et parfois vomissements. 5 repas fractionnés car persistance de la « faim douloureuse ». A repris le même travail qu'avant son intervention (agent de maîtrise).

Radio: très petit moignon gastrique se vidant très vite, mais reflux œsophagien très net et reflux important dans l'anse afférente. Pas de point douloureux à la pression de l'hypochondre gauche.

En somme, résultat satisfaisant de 4 ans.

Observation 110 :

Bar... R ; 45 ans en 1953. Syndrome ulcéreux depuis 1949.

— 2 avril 1952: gastrectomie pour douleur et mœlena.

— Octobre 1952: réapparition des douleurs et des mœlenas.

— 9 avril 1953: *Intervention* (Dr SAUBIER) A. G. La libération des adhérences montre un gros ulcère calleux au niveau de l'anastomose gastro-jéjunale débordant un peu sur l'anse afférente, pénétrant dans le mésentère œdématié avec ganglions inflammatoires.

Bivagotomie.

Entérectomie. Décollement de l'angle duodéno-jéjunal.

Anastomose intestinale à la suture en deux plans.

Recoupe gastrique terminée par un Polya.

— 26 mai 1953: radio: petit moignon gastrique s'évacuant bien, pas de reflux dans l'anse afférente.

— Mai 1955: réponse au questionnaire: très satisfait, a repris son poids normal, digestions faciles et sans douleurs ni ballonnements, pas de régime, 3 repas par jour. A repris le même travail qu'avant sa maladie, 3 mois après son intervention.

En somme, excellent résultat de 2 ans.

— 2 cas « complexes » qui concernent des ulcères multi-récidivants:

Le malade de l'observation 27 a subi 6 interventions pour ulcère et nous n'avons pu le rejoindre. L'observation 81 a déjà été publiée par R. GUILLET (137) : à partir du 25 janvier 1943 jusqu'au 20 novembre 1947 (vagotomie par voie thoracique) ce malade avait été opéré 10 fois au moment de la publication; depuis il a été réopéré

le 18 février 1948 pour une occlusion du grêle et le premier avril 1948 a été pratiquée une gastro-jéjunostomie. Il s'est suicidé le 18 octobre 1948. La vérification a montré une muqueuse gastrique parsemée de cicatrices blanchâtres et de piquetés hémorragiques sans ulcère vrai.

c) Nous groupons neuf ulcères récidivants après gastrectomie apparemment suffisante : 5 Péan, 3 Billroth II, 1 duodéno-gastrectomie.

— Il est à noter que dans les 5 Péan, 4 avaient été réalisés pour ulcère duodénal. Il s'agit des observations 43, 67, 118, 70 et 116. Pour les deux dernières une vagotomie seule ou associée a été réalisée.

Observation 43 : déjà publiée (260)

Bag... M; 42 ans en 1943.

— 24 mars 1942: Péan pour ulcère duodénal double. Récidive deux mois après.

— 8 avril 1943: *Intervention* (Dr LATARJET, Dr MAILLET) A. L. Symphyse péritonéale dense. Le duodéno-pancréas est tout entier attiré vers la gauche. Au bord inférieur du duodénum et à 3 cm de l'anastomose duodéno-gastrique existe un bloc inflammatoire pénétrant et infiltrant le pancréas dû à un ulcère peptique dont l'exérèse est impossible.

Gastro-entéro-anastomose antérieure pré-colique à la suture aussi large que possible.

— Mai 1955: va bien, poids normal, mais présente des troubles type dumping-syndrome.

En somme, résultat satisfaisant depuis 12 ans.

Observation 67 :

Dur...; 40 ans en 1946.

— 24 février 1942: gastrectomie type Péan pour ulcère duodénal.

— Fin 1946: Récidive 1 an après: réapparition des douleurs et des melenas avec syncopes.

— 9 novembre 1946: *Intervention* (Pr SANTY) R. A. Péritoine libre. Duodénum volumineux couché transversalement sur la ligne médiane.

Recoupe gastrique et duodénale.

Polya pré-colique. Suspension de l'anse afférente à la face inférieure du foie. Examen de la pièce: Ulcère récidivant correspondant au bord supérieur de l'union des deux muqueuses gastrique et duodénale et adhérent à un fragment de pancréas induré.

— 27 novembre 1947: a repris 1 kg. Dumping-syndrome.

Radio: petit moignon gastrique mais grande poche à air, s'évacuant d'abord rapidement puis plus lentement.

Reflux dans l'anse afférente.

— Mai 1955: la lettre d'enquête nous est revenue et nous ne pouvons tenir compte de ce résultat satisfaisant d'un an.

Observation 118 :

Del...; 32 ans en 1954.

— 9 octobre 1943: gastrectomie type Péan pour ulcère duodénal ancien.

— 10 février 1954 : *Intervention* (Pr SANTY, Dr MAYER) A. G. Libé-

ration d'adhérences. Ulcère peptique siégeant sur la partie supérieure et antérieure du duodénum juste à un demi centimètre après l'anastomose.

Recoupe gastrique et duodénale. Polya.

— Mai 1955: a répondu à la convocation: ne souffre plus. Pèse actuellement 60 kgs (68 kgs en février 1954). Pas de régime; 3 repas par jour.

Radio: œsophage normal, moignon gastrique assez grand, bien continent sans reflux.

En somme, excellent résultat de 1 an et demi.

Observation 70 :

Leb... P; 51 ans en 1946.

— 24 janvier 1942: gastrectomie type Péan pour ulcère de la petite courbure. A resouffert très vite.

— 20 décembre 1946: *Intervention* (Dr MARION, Dr MAILLET). R. A. Symphyse assez serrée. Libération du colon adhérent au foie, dégagement du duodénum en situation médiane, adhérence de la région anastomotique à la face inférieure du foie.

A 2 centimètres au-dessous du foie, zone indurée suspecte sur le versant pancréatique du duodénum, moignon gastrique de petites dimensions.

Pas de gastro-entéro-anastomose puisque le transit est excellent à la radiographie.

Bivagotomie.

— Mai 1955: a répondu à la convocation, va très bien. Ne pèse que 52 kgs. Digestions normales, pas de douleurs, quelque ballonnements. Pas de régime. 3 repas par jour. Quelques épisodes de diarrhée alternant avec de la constipation. La radioscopie de contrôle n'a pu être pratiquée.

Excellent résultat de 8 ans et demi.

Observation 116 :

Loc... P; 42 ans en 1953. Syndrome ulcéreux depuis 1927.

— 1944: 1^{re} *intervention*: gastrectomie type Péan-Kocher pour ulcère duodénal.

— 1951: 2^e *intervention*: Billroth II pour ulcère récidivant.

— 1953: Douleur, amaigrissement de 11 kgs.

Radio: ulcère récidivant jéjunal avec sténose de l'anastomose.

— 11 décembre 1953: 3^e *intervention* (Dr MAYER). Vagotomie par voie thoracique.

— Mai 1955: réponse au questionnaire, très satisfait, pas de douleurs ni de ballonnements. Quelques pesanteurs si le repas est trop copieux. Pas de régime. 5 repas par jour. A repris son travail de maçon.

En somme, excellent résultat de 1 an et demi.

— Nous groupons 3 observations d'ulcère récidivant après gastrectomie correcte, type Billroth II. Les malades des observations 80 et 107 ont tous deux été traités par une entérectomie au bouton de Villard et une recoupe gastrique terminée par un Polya. Ils ont tous deux répondu à la convocation en mai 1955.

Pour le premier, le résultat de 7 ans est satisfaisant avec un certain degré de psychasthénie: pour le second, un résultat de 3 ans est satisfaisant, mais on est frappé par l'existence, au contrôle radio-

scopique, d'une aérophagie réalisant une poche à air gigantesque dans un moignon gastrique de taille réduite, et expliquant des digestions accompagnées de pesanteurs et de ballonnements.

Dans l'observation 115 ont été réalisées une entérectomie à la suture et une recoupe gastrique large terminée par un Polya transmésocolique en aval.

Les suites ont été simples-mais le malade n'a pu être rejoint.

- L'observation 114 montre l'échec du Dragsted pour ulcère récidivant après duodéno-gastrectomie correcte.

Pel... G; 53 ans en 1953. Syndrome ulcéreux depuis 1943.

— 18 juillet 1948: duodéno-gastrectomie pour ulcère duodéal.

— 29 mars 1952: Dragsted qui améliore le malade pendant 1 mois et demi.

— 15 juillet 1953: Bon état général, a repris deux kgs mais douleurs et ulcère peptique important de la bouche gastro-jéjunale à la radio.

Intervention (Dr SAUBIER). Magma d'adhérences difficiles à libérer. Gros ulcère peptique pénétrant dans le mésentère et sténosant l'anastomose.

Entérectomie. Bouton de Villard après décollement de l'angle duodéno-jéjunal.

Recoupe gastrique; Polya transmésocolique en aval.

— Mai 1955: la lettre d'enquête nous est revenue avec la mention « parti sans laisser d'adresse ».

2°) L'ulcère récidivant après gastrectomie suivant une suture isolée pour perforation d'ulcère.

Nous en avons 5 que nous pouvons diviser en deux cas simples et trois complexes.

a) Cas « simples ».

Le malade de l'observation 109 avait été traité en 1948 par une gastrectomie (peut-être peu étendue) un an après une suture pour perforation. En décembre 1952, un ulcère peptique en voie de fistulisation dans le colon a nécessité une entérectomie et une recoupe gastrique terminée par un Polya.

Ce malade est mort dans les suites de son opération.

L'observation 112 mérite d'être détaillée :

Dep... E; 44 ans en 1953.

— 1930: suture d'une perforation d'ulcère.

— 1931: suture d'une nouvelle perforation ulcéreuse.

— 1931: gastrectomie 3 mois après.

— 1934: néphrectomie gauche pour traumatisme lombaire.

— 1951: hémoptysie mise en relation avec un sclérose pulmonaire banale.

— Février 1953: douleurs épigastriques, pas d'amaigrissement. Gros ulcère peptique à la radio.

— 23 mai 1953: épisode aigu avec douleurs et ventre de bois.

— 6 juin 1953: *Intervention* (Dr SAUBIER, Dr VIARD). A. G. Adhérences inextricables avec moignon gastrique qui semble très haut. La libération

montre un ulcère récidivant situé sur la bouche gastro-jéjunale, perforé bouché dans le pancréas et la face inférieure du foie. On s'aperçoit que l'anse jéjunale a été remontée en Y.

La descente du moignon gastrique le montre finalement assez important : recoupe de 5 travers de doigt.

Entérectomie de 15 centimètres avec anastomose termino-terminale à la suture en 2 plans.

Polya en aval.

— 7 décembre 1953 : a repris 12 kgs.

— Mai 1955 : très satisfait. A eu, en 1954, une cure d'événtration épigastrique. Régime peu suivi. Supporte le vin pur. 5 repas par jour. Digestions normales. A repris son travail d'ajusteur, 4 mois après l'intervention de 1953.

Radioscopie : petit moignon gastrique très continent. Evacuation rythmée très lente à se déclencher. Très léger reflux dans l'anse afférente.

En somme, excellent résultat de deux ans.

b) Cas « complexes ». Observations 37, 85 et 117.

Observation 37 :

Boy... ; 38 ans en 1942.

— Février 1935 : suture pour ulcère perforé.

— 21 mars 1941 : Billroth II.

— 27 février 1942 : depuis avril 1941 douleurs, amaigrissement de 6 kgs. Radio : ulcère récidivant certain.

— 11 mars 1942 : *Intervention* (Dr FRIEH, Dr GUILLEMIN) A. L. Pas d'adhérences. Ulcère peptique du volume d'une noix siégeant en amont de la bouche de gastro-entéro-anastomose sur l'anse afférente, au contact du méso-colon transverse. Libération.

Entérectomie de 10 à 12 centimètres. Bouton de Villard.

Recoupe gastrique. Billroth II transmésocolique au bouton de Jaboulay, en aval du bouton de Villard, suspension de l'anse.

Examen de la pièce : ulcère peptique sur le bord libre du jéjunum, en face du bord mésentérique, au contact de la face postérieure de l'estomac, à son union avec le méso-colon transverse.

— 17 février 1947 : récurrence des douleurs en 1943, 1944 et 1945 améliorées par l'atropine intraveineuse.

— Mai 1955 : réponse au questionnaire : a eu une vagotomie le 23 mai 1947 qui l'a bien amélioré. Mais ne pèse que 62 kgs (poids normal 80 kgs). Digère à peu près normalement, présente de temps à autre quelques brûlures et pesanteurs immédiatement après les repas. Pas de régime ni de traitement médical, mais quatre repas par jour. Persistance des images radiologiques d'ulcère, fait actuellement un travail moins pénible d'autant que ce malade présente également une arthrose de l'épaule bilatérale.

En somme, résultat satisfaisant de 8 ans, depuis sa vagotomie.

Observation 85 :

Fle... ; 55 ans en 1948.

— 1942 : suture pour ulcère duodénal perforé.

— 1943 : gastrectomie pour exclusion.

— Juillet 1947: nouvelle perforation : suture.
 — 3 avril 1948: récurrence des douleurs depuis fin 1947.
 Radio: ulcère récidivant certain sur la bouche anastomotique.
 — 5 avril 1948: *Intervention* (Pr SANTY). A. G. Très grand estomac qu'on est obligé de ponctionner. Enorme ulcère peptique sur le bord postérieur de l'anastomose creusé dans le méso-colon transverse.

Entérectomie difficile à cause de la brièveté de l'anse afférente très dilatée, de même que le rétablissement de la continuité au bouton de Villard à cause de l'incongruence des deux bouts.

Gastrectomie itérative en ne gardant qu'un très petit moignon, terminée par un Polya.

— 18 janvier 1950: récurrence des douleurs qui sont permanentes avec paroxysmes post-prandiaux, calmées par les alcalins. Pas de vomissements mais mœlena. A repris 4 à 5 kgs.

Ulcère récidivant probable mais le malade refuse tout autre examen.

— Mai 1955: notre lettre d'enquête n'a pu atteindre l'intéressé.

Observation 117 : déjà publiée (53)

Fan... R; 33 ans en 1953.

— 16 mars 1946: *Intervention* à la 4^e heure pour perforation d'un ulcère pré-pylorique évoluant depuis plusieurs années: suture simple en 3 plans sans gastro-entéro-anastomose ni drainage.

— 16 avril 1946: *Intervention* devant la persistance des douleurs, gastrectomie, Finsterer pré-colique. Guérison de 3 ans.

— 18 avril 1952: hématomène.

Radio: ulcère récidivant certain.

— 3 mai 1952: *Intervention*: résection limitée de l'ulcère et entérectomie de 20 centimètres. Polya pré-colique en aval de l'anastomose jéjunojéjunale.

— Novembre 1953: récurrence des douleurs: traitement médical.

— 17 décembre 1953: *Intervention* (Dr MICHAUD, Dr MAYER). Symphyse péritonéale serrée et énorme masse faisant bloc avec la face inférieure du foie d'aspect très inflammatoire. La libération montre un énorme ulcère peptique perforé bouché par le foie dans lequel est creusée une cavité du volume d'une noix.

Entérectomie. Bouton de Villard.

Recoupe gastrique. Polya pré-colique en amont du bouton de Villard à cause de la rétraction du méso-colon transverse.

— Mai 1955: a répondu à la convocation. Bon résultat du côté gastrique mais suit un régime, pèse 55 kgs (poids normal: 58 kgs). A l'invalidité depuis 3 ans.

Radio: estomac: tout petit moignon, passage d'abord rapide de la baryte, puis évacuation rythmée. Un peu de reflux dans l'anse afférente.

Radio pulmonaire: sommet droit excavé. Dépistage d'une tuberculose pulmonaire qu'évoquaient les signes cliniques depuis 1 mois.

En somme, résultat satisfaisant du point de vue gastrique depuis 1 an et demi.

Nous avons réuni les résultats de ces ulcères récidivants après gastrectomie dans le tableau ci-contre :

RESULTATS DES ULCERES RECIDIVANTS APRES GASTRECTOMIE

Interventions initiales	Nombre	décès P.O.	Résultats ininterprétables						Malades suivis depuis plus d'un an							
			Trop récent	P.A.	P.R.	L.R.	morts secondaires cause incon- nue	T.	E.R.			R.S.			M.R.	T.
									1.5 ans	5.10 ans	+10 ans	1.5 ans	5.10 ans	+10 ans		
Après G. d'emblée 18	a)		1	1				2							2	2
	b)				1		1					1			1	4
	c)						2		3	1		1				7
Après G. secondaire à S. simple d'ulc. perforé									1						1	5
															1	
TOTAL :	23	0	1	1	0	3	0	5	5	1		3	3	1	5	18
									6			7				

Ce nombre d'ulcères récidivants après gastrectomie n'est pas assez important pour que nous puissions en tirer une statistique. Nous pouvons cependant déduire les remarques suivantes :

— Le traitement chirurgical n'a ici entraîné aucun décès post-opératoire.

Les malades sont, pour la plupart, suivis puisque 4 seulement n'ont pu être rejoints.

— On est enfin frappé par la proportion d'échecs : 6 sur 19, soit le tiers et par la qualité très moyenne des résultats : 7 malades sur 13 sont améliorés et non complètement guéris.

Deux autres points sont à souligner : l'absence de fistule gastro-jéjuno-colique après gastrectomie dans notre statistique et la fréquence de l'ulcère multi-récidivant après gastrectomie.

En effet, nous réunissons 9 ulcères multi-récidivants sur 23 :

6 ont récidivé deux fois :

— Les observations 95 et 119 avec un mauvais résultat.

— 1 ininterprétable: observation 114.

— 2 résultats satisfaisants.

1 de un an et demi (obs. 117)

1 de huit ans (obs. 37)

— 1 seul résultat excellent pour l'instant de 1 an et demi.

Les ulcères récidivants 3 fois et plus ont tous un mauvais résultat comme en témoignent les observations 85, 27 et 81.

Nous pouvons maintenant établir *les résultats globaux de notre statistique* : (résumés dans le tableau ci-contre).

Ces résultats, comme ceux de toutes les statistiques publiées, sont difficiles à interpréter dans leur ensemble pour différentes raisons :

— nombre de malades ont été perdus de vue;

— l'appréciation du délai du résultat n'est pas toujours un critère puisque le chiffre de 3 ans peut être considéré comme valable chez un malade âgé, alors que celui de 14 ans peut être considéré comme mauvais chez un malade jeune qui fait une récidive.

— La qualité même du résultat est difficile à sérier : certains malades sont définitivement guéris, d'autres pourraient l'être avec des précautions d'hygiène alimentaire indispensables (peu de vin ou d'alcools, pas de lait, repas fractionnés), certains sont affaiblis physiquement et moralement.

Quoiqu'il en soit, nous avons pu dénombrer :

— La mortalité post-opératoire (le seul résultat précis).

RESULTAS GLOBAUX DES 125 ULCERES RECIDIVANTS.

Interventions initiales	Nbre	décès P.O.	Résultats ininterprétables						Malades suivis							
			Trop récent	P.A.	P.R.	L.R.	mort secon- daire cause incon- nue	T.	E.R.			R.S.			M.R.	T.
									1.5 ans	5.10 ans	+10 ans	1.5 ans	5.10 ans	+10 ans		
U.R. après GEA	102	14	2	14	12	12	3	43	8	13	11	2	6	—	5	45
U.R. après G.	23	—	1	1	—	3	—	5	5	1	—	3	3	1	5	18
TOTAL :	125	14	3	15	12	15	3	48	13	14	11	5	9	1	10	63
									38			15				

-- Les échecs qui réunissent les morts secondaires tardives et les récidives.

— Les résultats excellents et les satisfaisants de plus de 5 ans.

— Les résultats excellents et les satisfaisants de 1 à 5 ans.

Cet inventaire a été effectué à partir d'une enquête réalisée au cours du mois de mai 1955 : sur 107 malades à atteindre (3 observations relatent des morts retardées et 14 des morts précoces), 15 adresses nous manquaient, 20 lettres nous sont revenues, 15 ne nous ont point répondu; 36 fois les malades (ou leur famille en cas de décès) ont répondu au questionnaire et 22 se sont présentés à un examen complété alors par un contrôle radioscopique.

a) La mortalité immédiate ou secondaire post-opératoire est de 14 décès soit : 11,2 %. Ces chiffres se décomposent en 10 morts avant janvier 1946, soit : 16 % et 4 morts après janvier 1946, soit : 6 %, ce qui est un gain appréciable, tout en rendant compte d'une technique chirurgicale bien codifiée, d'une réanimation per et post-opératoire mieux conduite, d'une anesthésie aussi peu choquante que possible.

Nous relevons dans les causes de cette mortalité :

3 hémorragies post-opératoires (obs. 26, 35 et 63), 2 péritonites (obs. 55 et 59), 1 infarctus du grêle (obs. 49), 1 pleurésie purulente (obs. 8), 1 décès en relation avec une thrombose veineuse (obs. 89), 1 accident transfusionnel (obs. 2) et 1 cachexie progressive chez un cirrhotique (obs. 122), 4 n'étant point précisées (obs. 4, 9, 62 et 99).

b) Les échecs. Au nombre de 10 certains, ils groupent :

— 2 décès 3 mois après, l'un par fistule (obs. 52), l'autre par hémorragie (obs. 109).

— 1 récurrence moins de 1 an après une vagotomie (5^e intervention) avec décès par hémorragie 7 ans après (obs. 66).

— 1 suicide après 12 interventions pour ulcère peptique chez un homme jeune (obs. 81).

— 1 amélioration d'1 an avec décès moins de 5 ans après (obs. 34).

— 1 succès de 2 ans avec décès 4 ans après sans doute par récurrence et complication (obs. 21).

— 1 récurrence traitée médicalement 1 an après l'intervention (obs. 119).

— 1 ulcère récidivant pour lequel une autre intervention fut refusée (obs. 85).

— 1 bon résultat mais récurrence 14 ans après chez un éthylique (obs. 12).

— 1 échec de vagotomie qui a dû nécessiter ultérieurement une recoupe gastrique (obs. 95).

c) 25 malades ont un excellent résultat de plus de 5 ans, 10 un résultat satisfaisant avec seulement quelques troubles du type « dumping-syndrome » ou psychasthénie.

d) 13 malades ont un excellent résultat de 1 à 5 ans, 5 un résultat satisfaisant.

48 malades ont des suites trop incomplètement notées ou trop

récentes pour que l'on puisse juger du résultat. Parmi eux, 3 sont morts sans que nous en connaissions la cause, 3 ont seulement quelques mois de recul.

L'ensemble de ces résultats peut donc se traduire ainsi : sur les 111 malades restants, nous avons :

48 résultats ininterprétables, soit : 43,2 % d'inconnus.

63 résultats connus, soit : 56,8 % avec pour ces derniers :

— 16 % de mauvais résultats, échec ou mort secondaires.

— 24 % de résultats satisfaisants (8 % de 1 à 5 ans; 16 % de plus de 5 ans).

— 60 % d'excellents résultats (20 % de 1 à 5 ans; 40 % de plus de 5 ans dont près de la moitié a dépassé le cap des dix ans).

Ces pourcentages de valeur très relative ont été établis uniquement pour pouvoir être comparés à ceux donnés par d'autres statistiques :

— Pour la mortalité :

PAOLUCCI (234) : 13,3 % (24 % pour les 25 premiers cas; 8 % pour les 50 derniers).

HUBERT (155) : 15,9 % (18 morts sur 118 ulcères récidivants).

DEMIRLEAU (82) : 17 % pour 88 ulcères récidivants.

FINSTERER (106) : 11,8 % pour 295 ulcères récidivants opérés.

LAKE : (176) : 12 % pour 35 cas.

LARGHERO et CARRERA (179) : 4 % (26 observations dont 4 fistules gastro-jéjuno-coliques).

LEFEVRE (184) : 4,5 % pour 110 ulcères récidivants.

— Dans le domaine des résultats d'ensemble, nous avons relevé les chiffres suivants :

MARSHALL et MARKEE (207), en 1954, ont opéré 172 ulcères récidivants en 14 ans. Ils ont 6 morts (2,9 %) dont deux dans un premier temps de cure de fistule gastro-jéjuno-colique. 149 de leurs malades sont suivis et 10 fois l'ulcère a de nouveau récidivé.

STEINBERG (278) présente 71 observations avec 3 morts (4,2 %) et 57 malades suivis.

GLENN (119) sur 113 ulcères récidivants a une mortalité de 9,7 % et 66 % de guérisons complètes. Mais il a 4 malades qui, malgré 4 à 6 interventions ne sont pas encore guéris et un autre ne va bien que depuis sa 6^e intervention.

WEINSTEIN et COLP (317), en 1952, apporte une statistique :

— de 42 ulcères récidivants après gastro-entéro-anastomose avec :

1 ulcère récidivant après 9 gastrectomies avec vagotomie (ce qui est pour eux le procédé de choix);

4 morts et 5 ulcères récidivants après 34 gastrectomies.

2 ulcères récidivants après 6 vagotomies seules.

— de 31 ulcères récidivants après gastrectomie, où ils notent :

16 recoupes gastriques dont 4 associées à une vagotomie avec 3 morts et 4 ulcères récidivants.

18 vagotomies seules ont donné 7 ulcères récidivants.

— 8 fistules gastro-jéuno-coliques avec 1 ulcère récidivant après 5 gastrectomies, les 3 autres ayant été opérés en deux temps.

BORSOTTI (37) analysant 35 malades suivis (29 ulcères récidivants après gastro-entéro-anastomose dont 4 fistules gastro-jéuno-coliques et 6 ulcères récidivants après gastrectomie) trouve 12 excellents résultats, 16 résultats satisfaisants et 7 mauvais résultats (1 ulcère récidivant et 6 syndromes post-prandiaux divers).

CHARRIER et Collaborateurs (51) étudiant les résultats de 25 malades suivis sur 44 opérés d'ulcère récidivant post-opératoire notent 20 excellents résultats, 3 résultats satisfaisants et 2 mauvais résultats.

PEYCELON et GUILLEMIN, dans un article à paraître dans le Lyon-Chirurgical (séance du 13 janvier 1955) rapportent 56 observations (9 après traitement de la perforation d'un ulcère : Suture avec ou sans gastro-entéro-anastomose, 36 après gastro-entéro-anastomose, 11 après gastrectomie) avec 8 morts et des résultats éloignés très satisfaisants sauf 1 ulcère multi-récidivant.

La dernière statistique de WALTERS et Collaborateurs publiée en janvier 1955 (313) apporte les chiffres suivants : 301 ulcères récidivants, (115 après gastrectomie; 186 après gastro-entéro-anastomose; dont 20 fistules gastro-jéuno-coliques, 4 suivant une gastrectomie).

Taux de mortalité : 4,3 % pour ulcère récidivant après gastrectomie et 0,5 % pour ulcère récidivant après gastro-entéro-anastomose.

Ils décomposent leurs résultats de la manière suivante :

— Ulcères récidivants après gastrectomie (94 malades suivis sur 110)

Pour 78 vagotomies seules :

— 70,5 % d'excellents résultats

— 11,5 % de résultats satisfaisants

— 18 % de mauvais résultats.

Pour 7 recoupes gastriques : 57,1 % d'excellents résultats seulement.

Pour 9 recoupes gastriques et vagotomie: résultats tous excellents.

— Ulcères récidivants après gastro-entéro-anastomose (148 malades suivis sur 185)

Pour 27 vagotomies seules :

— 77,8 % d'excellents résultats.

— 11,1 % de résultats satisfaisants.

— 11,1 % de mauvais résultats.

Pour 2 vagotomies + gastrectomie :

— 1 excellent résultat,

— 1 mauvais résultat.

Pour 8 vagotomies + autres interventions :

— 50 % d'excellents résultats.

— 25 % de résultats satisfaisants.

— 25 % de mauvais résultats.

Pour 111 gastrectomies:

— 86,5 % d'excellents résultats.

— 4,5 % de résultats satisfaisants.

— 9 % de mauvais résultats.

Enfin, nous avons noté plus particulièrement pour les ulcères récidivants après gastrectomie :

de VERNEJOL (301 en 1951) pour 41 cas (14 personnels et 27 opérés primitivement par d'autres chirurgiens) a pratiqué :

— 23 recoupes gastriques avec entérectomie: 2 morts.

— 12 vagotomies: 2 par voie thoracique

10 par voie abdominale dont 5 avec résection du moignon résiduel pyloroduodéal: 1 mort.

— 4 gastrectomies totales, toutes avec un excellent résultat.

Il a traité également deux fistules gastro-jéjuno-coliques.

VERHAEGUE et LAGACHE (297) à propos de 30 observations parmi lesquelles 4 cas d'ulcères multi-récidivants signalent:

— 3 morts post-opératoires (10 %) et 2 décès sans intervention.

— 2 malades sont perdus de vue.

— 22 ont un excellent résultat dont 8 de plus de 2 ans et 9 de plus de 3 ans.

1 malade reste très amaigri, mais ne souffre pas.

De tous ces chiffres, il ressort que l'ulcère récidivant post-opératoire reste une complication grave et tenace. La mortalité opératoire a certes diminué mais la qualité des résultats, avec des réussites certaines, reste difficile à apprécier. Nous allons maintenant essayer de dégager les résultats de la vagotomie dans le traitement de l'ulcère récidivant.

C) *La vagotomie dans le traitement de l'ulcère récidivant.*

Elle a été pratiquée dans 15 observations soit isolément par voie thoracique ou abdominale soit associée à une gastro-entéro-anastomose ou à une gastrectomie donc par voie abdominale.

I°. - Vagotomie exécutée isolément.

Nous en groupons 9, 5 par voie abdominale, 4 par voie thoracique.

1°) Par voie abdominale. Elle a été réalisée soit d'emblée pour ulcère récidivant, soit en dernier recours après de multiples interventions.

a) La vagotomie a été effectuée d'emblée dans les observations 70, 95 et 114. Nous nous contenterons de les rappeler très brièvement puisqu'elles ont déjà été détaillées :

Observation 70 : (cf : p. 115) Vagotomie 5 ans après gastrectomie type Péan pour ulcère pylorique. Le résultat est excellent au bout de 8 ans et demi marqué simplement par quelques épisodes diarrhéiques alternant avec de la constipation.

Observation 95 : (cf : p. 112) Vagotomie 5 ans après gastrectomie type Polya du genre « indésirable » pour ulcère pylorique. L'échec est certain puisque 1 an après, la reprise des hématoméses fait poser l'indication de réintervention. Malheureusement, nous ignorons la nature et les suites de celle-ci.

Observation 114 (cf : p. 116) Vagotomie 4 ans après une gastro-duodénectomie correcte : elle n'a amélioré le malade que pendant 1 mois et demi; 1 an après, entérectomie et recoupe gastrique ont été nécessaires. Nous n'avons pu rejoindre ce malade, où la vagotomie s'est aussi soldée par un échec.

b) Au contraire la vagotomie a été effectuée bien après d'autres interventions pour ulcère récidivant, dans les observations 37 et 76.

Observation 37 : (cf : p. 117) Vagotomie 5 ans après entérectomie et recoupe gastrique nécessitées par un ulcère récidivant après duodéno-gastrectomie, type Billroth II, faite elle-même 6 ans après suture d'un ulcère perforé. Le résultat clinique est satisfaisant depuis 8 ans mais les images radiologiques de l'ulcère persistent toujours.

Observation 76 : (cf : p. 108) Ici la vagotomie a été exécutée à titre préventif lors de la 6^e intervention motivée par une constipation tenace due à un rétrécissement du colon transverse, lui-même secondaire à la cure d'une fistule gastro-jéjuno-colique lors de la 3^e intervention. Malheureusement, nous n'avons aucune nouvelle de ce malade depuis cette vagotomie.

2°) Par voie thoracique. Elle a été réalisée en dernier recours après de multiples interventions : les observations 66 et 81 marquent son échec alors que dans les observations 106 et 116 le résultat est, pour le moment, excellent.

Observation 66 : (cf : p. 102) La vagotomie représente la 6^e et dernière intervention, la première ayant eu lieu 14 ans auparavant (suture et gastro-entéro-anastomose pour ulcère perforé bouché). Le malade est mort moins de 8 ans après de récidence.

Observation 81 : La vagotomie par voie thoracique moins de 4 ans après une gastrectomie est la dixième intervention. Deux autres ont encore été nécessaires et le malade s'est suicidé moins d'un an après cette opération de Dragsted.

A l'opposé dans l'

Observation 106 : (cf : p. 101) où la vagotomie représente la 4^e intervention en 13 ans, le résultat est excellent depuis 3 ans et demi et dans l'observation 116 (cf : p. 115) où la vagotomie est la troisième intervention en 9 ans, le résultat est excellent depuis 1 an et demi.

II°. - Vagotomie associée donc par voie abdominale. Elle a été réalisée :

- 1 fois associée à une gastro-entéro-anastomose;
- 5 fois à une gastro-duodénectomie.

1°) Nous n'avons qu'une *observation* (82 cf : p. 95) où la vagotomie a été associée à une deuxième gastro-entéro-anastomose pour un ulcère récidivant inextirpable. La lettre d'enquête n'a pas rejoint le malade et nous savons simplement que le résultat était excellent

2 mois après. Nous avons déjà rapporté les particularités de l'examen radiologique gastrique à cette date.

2°) La vagotomie a été associée au traitement radical de l'ulcère récidivant 3 fois d'emblée, 2 fois après d'autre interventions.

a) Vagotomie associée à une recoupe gastrique et entérectomie pour 3 ulcères récidivants après gastrectomies : observations 102, 110 et 123.

Dans l'*observation* 102 (cf : p. 113), cette association a été réalisée moins d'un an après une gastrectomie d'urgence pour ulcère hémorragique. Le résultat est satisfaisant depuis 4 ans, marqué par la persistance de la faim douloureuse, de brûlures et de quelques ballonnements.

Dans l'*observation* 110 (cf : p. 113), l'association a été pratiquée 1 an après une gastrectomie. Le résultat est excellent depuis 2 ans.

Dans l'*observation* 123 (cf : p. 111) la même association a été pratiquée 12 ans après une duodéno-gastrectomie pour ulcère duodénal. Le résultat est actuellement excellent mais trop récent (quelques mois) pour que nous puissions en tenir compte.

b) Vagotomie également associée à recoupe gastrique et entérectomie (1953) pour traiter un ulcère récidivant 8 ans après gastrectomie (1945), elle-même pratiquée pour un ulcère récidivant sur gastro-entéro-anastomose (1940), dans l'*observation* 111 (cf : p. 99) cette association a actuellement un excellent résultat de deux ans.

Dans l'*observation* 125 (cf : p. 100) nous n'avons qu'un recul de 6 mois et le résultat n'est pas encore parfait : 1952 : gastro-entéro-anastomose, 1953 : gastrectomie pour ulcère récidivant, janvier 1955 : association.

Nous avons réuni l'ensemble de ces résultats sous forme de tableau :

Nombre et nature de la vagotomie	Décès P.O.	Résultats trop récents, malades perdus de vue	E.R.					R.S.		M.R.	T.		
			8	1/2	3	1/2	2	1	1/2	8		4	
9 X isolées, 5 par voie abd. : 3 d'emblée 2 secondaires		1 lettre revenue			1						2	4	
4 par voie thoracique et secondaires					1		1				2		4
6 X associées à : 1 G.E.A. 3 G. d'emblée 2 G. secondaires ..		1 lettre revenue 1 trop récent 1 trop récent									1	3	
TOTAL : 15	0		1		1		2	1		1	1	4	11
			5					2					

Nous pouvons difficilement, à partir de 11 vagotomies suivies (2 étant perdues de vue, 2 autres trop récentes), nous faire une opinion sur la méthode :

— 4 échecs: obs. 95 et 114 (vagotomies isolées par voie abdominale)
obs. 66 et 81 (vagotomies isolées mais secondaires par voie thoracique).

— 2 améliorations de 7 ans: obs. 37 (vagotomie seule après d'autres interventions;

et de 4 ans : obs. 102 (vagotomie associée à une gastrectomie).

— 5 résultats excellents:

- obs. 70 de 8 ans et demi après vagotomie isolée par voie abdominale;
- obs. 106 de 3 ans et demi après vagotomie isolée mais secondaire par voie thoracique;

- obs. 116 de 1 an et demi après vagotomie isolée mais secondaire par voie thoracique.

- Les obs. 110 et 111 de 2 ans après vagotomie associée à recoupe gastrique et à entérectomie, cette association étant elle-même secondaire pour l'observation 111 à deux autres interventions antérieures.

Cette efficacité qui a malheureusement le défaut d'être inconsistante, ne peut donc être niée dans le traitement de l'ulcère récidivant comme en témoigne notre courte série et plusieurs auteurs :

— Certains admettent la valeur de la vagotomie avec une certaine réserve dans le traitement de l'ulcère récidivant :

BOLLER en 1949 (35) ne l'emploie qu'en dernier recours et en 1952 (36) constate « à côté de succès très nets des échecs tout aussi nets ».

FINSTERER (106) en 1950 lui trouve une mortalité moindre que celle du traitement radical mais à son avis elle ne pourra devenir le traitement de choix que si les résultats éloignés se montrent aussi favorables que ceux de la résection large.

HEALY et Collaborateurs (146) en 1951 opposent 9 ulcères récidivants traités par gastrectomie (78 % d'excellents résultats) à 11 ulcères récidivants traités par vagotomie (55 % d'excellents résultats). Ils concluent que la résection donne de plus nombreux et de meilleurs résultats éloignés de la neurectomie.

JORDAN (163) dans son rapport de la Société de Gastro-Entérologie Américaine en 1952 ne retient l'indication de la vagotomie que pour l'ulcère récidivant après gastrectomie.

DRUCKERMAN et Collaborateurs (45) en 1953 dans 20 cas de vagotomie pour ulcère récidivant après gastrectomie ont eu 10 échecs et concluent que la vagotomie a plus une valeur préventive que curative.

WELLS (319) en 1954 à propos de 39 cas de vagotomie pour ulcère récidivant rassemblés dans 8 hôpitaux différents relève :

— 14 vagotomies pour ulcère récidivant après gastro-entéro-anastomose: 4 succès mais 10 récurrences dont 7 moins d'un an après.

— 25 vagotomies pour ulcère récidivant après gastrectomie: 15 succès dont le recul ne dépasse pas 2 à 3 ans mais 10 récurrences.

Il en déduit que la vagotomie dans l'ulcère récidivant après gastro-

entéro-anastomose a des résultats très mauvais. Ils ne sont pas très bons non plus dans le traitement de l'ulcère récidivant après gastrectomie.

— A l'opposé d'autres auteurs en sont très satisfaits :

ERDELY (101) en 1951 préfère la vagotomie aux résections répétées dans le traitement des ulcères multi-récidivants.

GRIMSON et Collaborateurs (135) en 1952 - pour 14 ulcères récidivants après gastro-entéro-anastomose ont 10 malades complètement satisfaits et 4 modérément dont 2 récidives. (L'une d'entre elles fut traitée chirurgicalement);

- pour 15 ulcères récidivants après gastrectomie, 8 malades complètement satisfaits, 5 modérément et 2 échecs.

HAND et PATEY (142) en 1953 déclarent que la vagotomie a définitivement guéri 7 ulcères récidivants dont 2 après gastrectomies.

ERFORS (102) en 1952 obtient 87,5 % de bons résultats.

WALTERS et Collaborateurs (313) (cf: p. 124) en 1955, toujours opposés à la vagotomie seule dans le traitement d'emblée de l'ulcère, la considèrent comme le traitement de choix des ulcères récidivants après gastrectomie des deux tiers: ils en ont obtenu: 70,5 % d'excellents résultats. Ils préconisent également la voie abdominale plutôt que la voie thoracique: les effets en sont identiques mais la laparotomie permet aussi de voir l'ulcère et ce qui reste d'estomac.

De ces diverses opinions, il apparait que la vagotomie pour ulcère récidivant n'est qu'un geste complémentaire, car devant ses résultats inconstants, la première place revient toujours à la gastrectomie ou à la recoupe gastrique si elle est nécessaire, associée le plus souvent à une entérectomie. C'est seulement sur la certitude d'un traitement anti-ulcéreux radical antérieur, correct et complet (ou en face d'un ulcère récidivant inextirpable) que l'on aura recours à la vagotomie plutôt qu'à la gastrectomie totale.

D) L'ulcère récidivant perforé. Nous en avons 7 observations :

3 traités par simple suture.

2 par résection limitée associée à une nouvelle gastro-entéro-anastomose ou une jéuno-jéjunostomie.

2 par gastro-duodénectomie et entérectomie d'urgence.

a) ulcère récidivant perforé traité par simple suture : c'est le cas de l'observation 81 dont nous connaissons la grave évolution et des observations 91 et 103 où 2 ans après suture de l'ulcère récidivant, gastrectomie et entérectomie ont dû être pratiquées.

Les résultats de la simple suture sont donc insuffisants puisque toutes les fois des interventions secondaires ont été nécessaires dans un délai de quelques mois à deux ans; c'est du reste ce que confirment COURTY et GAUDEFRY (61), GPASSI (132), MERIGOT et PATRY (211), LUBJE (199) et SZELEZKY (286). La suture de l'ulcère récidivant perforé ne peut être qu'un traitement d'urgence visant seulement le pronostic vital immédiat.

b) Ulcère récidivant perforé traité par résection limitée : c'est

le cas de l'observation 55 (cf : p. 94) où deux ans après suture et gastro-entéro-anastomose pour ulcère perforé, une résection limitée entraînant une dégastro-entérostomie et une nouvelle gastro-entéro-anastomose ne réussit pas à guérir l'ulcère récidivant perforé : décès au 11^e jour de péritonite; et de l'observation 65 (cf : p. 106) où deux ans après une gastro-entéro-anastomose pour ulcère pylorique furent réalisées une résection limitée et une jéjuno-jéjunostomie pour traiter l'ulcère récidivant perforé. La récurrence survint sous la forme d'une fistule gastro-jéjuno-colique opérée 8 ans après.

Tout comme la suture, la résection limitée s'avère insuffisante. HERBERT (150) en publie une observation où il invoque le rôle du bouton resté en place, comme facteur de la perforation.

c) Ulcère récidivant perforé traité par gastro-duodénectomie et entérectomie d'urgence. C'est le cas de deux observations que nous relaterons en détail : *observation 71* :

Par... E: 39 ans en 1947.

— 24 décembre 1934: gastro-entéro-anastomose accompagnant une suture pour ulcère perforé.

— 1942: récurrence des douleurs avec vomissements.

— 7 janvier 1947: *Intervention* (Dr DUROUX, Dr MAILLET). A. G. Perforation d'un ulcère peptique du volume d'une amande entouré d'un tissu lardacé et inflammatoire, se continuant sur toute la largeur du grêle et sur le colon qui y est adhérent et présente une large place d'épaississement.

Toute suture est impossible et seul un méchage constituerait un pis-aller.

Le bon état général et l'horaire (4^e heure) déterminent à faire une gastrectomie.

Décollement de l'angle duodéno-jéjunal car l'anse est très courte. Libération de la gastro-entéro-anastomose.

Entérectomie de 8 cm. Bouton de Villard.

Gastro-duodénectomie enlevant l'ulcère pyloro-duodénal anciennement perforé, terminée par un Billroth II au bouton. Drain sous-hépatique.

— Mai 1955: Le malade a répondu à la convocation, il pèse 70 kgs (poids supérieur à la normale), digestions excellentes mais nécessitant un repos de 20 minutes après les repas. Pas de régime ni de repas fractionnés.

Radioscopie: moignon gastrique de taille moyenne; anse efférente très dilatée se remplissant vite puis évacuation rythmée. Pas de reflux dans l'anse afférente ni de douleurs à la pression au niveau de l'anastomose.

En somme, résultat excellent de 8 ans.

Observation 84 :

Cha...; 50 ans en 1948.

— 21 février 1932: Enfoncement, suture et gastro-entéro-anastomose au bouton pour ulcère pré-pylorique perforé.

— 6 mai 1933: récurrence des douleurs par reviviscence de l'ulcère pylorique.

— 17 mai 1933: élargissement de la gastro-entéro-anastomose.

— 18 janvier 1945: détorsion d'un volvulus du cœcum.

— 23 mai 1945: douleurs intenses dans les deux hypochondres qui auraient débuté il y a 5 ou 6 ans.

Radio: ulcère récidivant.

— 28 février 1948: *Intervention* (Pr SENTRY). Rachi-anesthésie. Pus onctueux, peu abondant provenant d'un ulcère peptique postérieur à l'anastomose et perforé, du diamètre d'une pièce de deux francs.

Entérectomie, (Bouton de Villard) difficile à cause du volume énorme de l'anse afférente.

Gastro-duodénectomie terminée par un Polya.

— Mai 1955: sa femme nous apprend que le malade est mort en septembre 1954 d'une encéphalite. « Depuis sa dernière intervention, il ne souffrait plus de l'estomac, digestions excellentes. Pas de régime. 5 repas par jour. Avait repris son travail. De tous temps, avant comme après ses opérations de l'estomac il a toujours été très assoiffé ».

En somme, résultat excellent de 6 ans et demi.

Ces deux malades où le traitement radical de l'ulcère récidivant a pu être réalisé d'urgence, ont donc des résultats excellents. LE GAC (185), SAMAIN (258), BASTIEN (20) et LOUSCH (196) en ont publié chacun une observation avec guérison.

Les résultats, en se plaçant sous l'angle strict du traitement de la perforation de l'ulcère récidivant sont marqués par une mort post-opératoire (obs. 55), 4 mauvais résultats (obs. 81, 91, 103 et 65) et 2 excellents résultats dûs à la gastrectomie et à l'entérectomie d'urgence : de 8 ans : obs. 71 et de 6 ans et demi : obs. 84. Par ailleurs 3 de ces observations (obs. 55, 71 et 84) sont caractérisées par la perforation de l'ulcère initial : il s'agit manifestement d'un génie évolutif très grave de la diathèse ulcéreuse et nous en avons trouvé des cas similaires publiés par DESJACQUES et MENEULT (85), SOUPAULT (275), BARFAYA (18), SENEQUE (269), BIANCHETTI et CASTELLO (27).

Cette manifestation de l'ulcère récidivant est rare et a fait l'objet des études de P. BERTRAND dans la thèse de ROZAN (26 bis) en 1933 (65 cas étaient relevés dans la littérature) et de RIOU (252) qui en 1937 en plus de trois observations personnelles en avait retrouvé 91 observations.

E) L'ulcère récidivant hémorragique grave. Nous n'en avons que deux observations qui aient motivé une intervention d'urgence :

Observation 92 :

Ser...; 65 ans en 1948.

— 1936: gastro-entéro-anastomose.

— 25 décembre 1948: *Intervention* (Dr MICHAUD). Grêle plein de sang. Libération de la gastro-entéro-anastomose adhérent à la face antérieure du méso-colon transverse.

Dégastro-entérostomie: ulcère peptique jéjunal avec petit orifice vasculaire.

Entérectomie de 6 centimètres. Bouton de Villard.

Gastro-duodénectomie terminée par un Billroth II transmésocolique en amont de l'anastomose jéjunale. Durée 1 heure 30. 700 cm³ de sang.

— 7 janvier 1949: Radio: petit moignon gastrique, très bonne évacuation, les deux boutons sont dans le rectum. Ils sont évacués dans l'après-midi.

— 21 mars 1949: a repris deux kilogs. Digestions faciles. Un peu de ballonnement épigastrique post-prandial.

Nous n'avons malheureusement pu joindre ce malade dont nous n'avions pas l'adresse.

L'observation 117 (cf : p. 118) a déjà été détaillée, rappelons qu'il s'agit d'un ulcère récidivant survenu 6 ans après une gastrectomie secondaire à une suture d'ulcère perforé. Les hématémèses ont conduit alors à une résection d'urgence de l'ulcère récidivant associée à une entérectomie de 20 centimètres, terminée par un Polya pré-colique en aval. Ce malade a dû être réopéré 1 an après.

Ainsi ces deux observations où l'indication opératoire a été portée à temps ne confirment pas l'impression de gravité que l'on retrouve dans la littérature à propos de l'ulcère hémorragique grave.

Nous venons de passer en revue toutes nos observations sous l'angle des différentes thérapeutiques réalisables avec leur résultat respectif; ces éléments vont nous permettre d'exposer les indications thérapeutiques.

VIII. - INDICATIONS THERAPEUTIQUES

A partir des résultats précédemment exposés et des opinions exprimées par de nombreux auteurs, nous allons envisager les indications opératoires dans l'ulcère récidivant, après avoir rappelé brièvement les différentes méthodes thérapeutiques et surtout leur valeur respective.

Les méthodes thérapeutiques :

Le traitement médical est insuffisant, bien que de rares succès aient été publiés. Il a surtout un rôle adjuvant considérable et si GORDET (127), arguant sur le fait que l'ulcère récidivant est susceptible de rémissions, insiste sur la nécessité de toujours le traiter médicalement avant de poser l'indication de réintervention, ces rémissions évolutives aidées par une thérapeutique désinfiltrante (oxyfer-riscorbone, voire radiothérapie) peuvent être mises à profit pour opérer dans de meilleures conditions.

Les méthodes chirurgicales sont : l'exérèse limitée, la gastroduodénectomie avec les problèmes particuliers qu'elle pose et, le cas échéant, la réparation du colon transverse, les neurectomies et les interventions palliatives.

1°) Nous avons vu que l'exérèse limitée isolée ou associée à la gastro-entéro-anastomose itérative ou à la jéuno-jéjunostomie, ne peut être qu'un pis-aller, en cas d'urgence ou d'impossibilité technique, car elle expose aux récidives presque à coup sûr.

2°) La gastroduodénectomie est le traitement de choix de l'ulcère récidivant après gastro-entéro-anastomose; la recoupe gastrique et éventuellement l'amputation d'un moignon pyloro-duodénal dans les ulcères récidivants après gastrectomie en sont l'équivalent.

Pour préparer sa réalisation, nous savons que dans plus de la moitié des cas l'on se heurtera à des difficultés :

— dans l'abord proprement dit de l'ancienne gastro-entéro-anastomose ou gastrectomie.

— dans la libération des organes : estomac, anse grêle et mésentère (souvent épaissis et fragiles), colon transverse et méso-colon transverse, duodénum et région sous-hépatique, et plus particuliè-

rement de l'anastomose et du méso-colon transverse où les vaisseaux coliques doivent être à tout prix respectés. La dissection sera encore plus difficile si l'anse afférente est très brève nécessitant alors le décollement de l'angle duodéno-jéjunal.

Une fois individualisés estomac, anse grêle, colon et leurs méso, se posent les problèmes de la réparation du grêle, de la résection gastrique et du rétablissement des continuités. Ils exigent un ensemble de gestes qui se réalisent différemment suivant que l'on a poursuivi ou non la libération jusqu'à la dégastro-jéjunostomie.

— Après dégastro-jéjunostomie :

a) Le jéjunum, une fois dégagé, on se rend compte de l'extension des lésions à son niveau :

— soit minimales : simple brèche que l'on peut utiliser pour le rétablissement de la continuité gastro-jéjunale ou suturer en deux plans (suture transversale) en évitant de créer une sténose de l'anse.

— soit étendues, conduisant alors à une entérectomie de dimensions variables quelques centimètres ou de 30, voire 50 centimètres. La continuité jéjunale sera rétablie en termino-terminale à la suture ou au bouton anastomotique. Monsieur le Professeur SANTY préfère le bouton pour sa simplicité, sa rapidité et parce qu'il maintient béante la lumière intestinale dans les suites immédiates post-opératoires.

b) Le traitement radical anti-ulcéreux consiste à réséquer au moins les deux-tiers de l'estomac (le plus souvent de droite à gauche, parfois de gauche à droite) ou à le recouper pour enlever à distance l'ulcère et éventuellement amputer un segment pyloro-duodéal résiduel. Très fréquemment donc un enfouissement duodéal soigné sera réalisé.

Très exceptionnellement la gastrectomie sera totale : en effet, elle est disproportionnée dans le traitement d'une lésion bénigne (de VERNEJOUL [301] et DEMERLEAU l'ont chacun réalisée 4 fois et l'on en trouve quelques cas épars dans la littérature américaine : MARSHALL et MARKEE [207] : 2 cas; WALTERS [313] : 1 cas).

c) Le rétablissement de la continuité gastro-jéjunale. Il dépend de la morphologie du moignon gastrique et sera toujours gastro-jéjunal, type Polya, Finsterer ou Billroth II. L'anastomose en Y ou la jéjuno-jéjunostomie au pied d'une anse longue devront être évitées au maximum. Dans quelques cas, l'anastomose est réalisable en transméso-colique, le plus souvent elle sera pré-colique après fermeture de la brèche méso-colique. Enfin, elle sera, en principe, toujours placée en aval de la suture d'une brèche jéjunale ou de l'anastomose jéjuno-jéjunale. Mais si l'anse précédemment utilisée était longue on est, dans quelques cas, obligé de l'établir en amont.

— En l'absence de dégastro-jéjunostomie (OBERTI [229], en 1949, attribue la paternité de cette variante technique à BIANCHERI), après

avoir découvert l'anastomose sur ses deux faces, on réalise d'emblée l'entérectomie et le rétablissement de la continuité jéjuno-jéjunale puis la gastro-duodénectomie ou la recoupe gastrique emportent en même temps le segment jéjunal réséqué. Ce procédé n'est pas toujours réalisable ou, dans certains cas difficiles, peut être commencé par la section première du duodénum.

Enfin, le colon transverse peut demander un traitement particulier à cause d'une fistule, d'une blessure pariétale ou de lésions des vaisseaux. Il faut au maximum éviter la résection, la suture transversale suffit la plupart du temps; si elle est indispensable, elle obéit évidemment aux règles de la chirurgie colique.

3°) Les neurectomies : la splanchnicectomie est inefficace. La vagotomie garde, en principe, une seule indication : les ulcères récidivants après gastrectomie. Elle sera réalisée :

— Par voie abdominale le plus souvent si on n'a pas de notion sur la qualité de l'intervention antérieure : elle permet une exploration de l'ulcère récidivant et des viscères mais la vagotomie n'est pas toujours aisée en raison des adhérences.

— Par voie thoracique, en cas contraire, elle a l'avantage d'être facile et complète.

4°) Les interventions palliatives.

La dégastro-entérostomie associée à la pyloro-plastie est abandonnée car illusoire.

Une nouvelle gastro-entéro-anastomose ou une jéjuno-jéjunostomie ne peuvent se concevoir que comme premier temps à l'intervention radicale si le malade n'est pas capable de la supporter d'emblée ou si les conditions locales ne la permettent pas.

Par contre, la jéjunostomie apparaît pour de nombreux auteurs, GOSSET et LERICHE (128) et (186), BLONDIN (30), DEMIRLEAU (82), WEINSTEIN et COLP (317), comme une ressource précieuse : mettant au repos la lésion, elle permet de remonter l'état général, amende l'état inflammatoire péri-ulcéreux et facilite ainsi l'intervention radicale ultérieure. Elle serait même susceptible d'apporter la guérison.

Les indications thérapeutiques.

Ces indications sont différentes suivant que l'on se propose de traiter des cas « simples » ou « compliqués ». Elles dépendent également de l'atteinte plus ou moins grave de l'état général du malade ce qui implique une préparation soigneuse en même temps que rapide : le traitement médical (alcalins, atropine, régime) et désinfiltrant ainsi que les moyens actuels de rééquilibration (sang, plasma, sérums, protéinothérapie) basés sur la diurèse, la numération glo-

bulaire et le ionogramme, seront mis en jeu pour conduire le malade à l'intervention dans les meilleures conditions.

Une étude de l'acidité gastrique au repas d'épreuve, à l'histamine ou au test à l'insuline sera également utile pour juger de l'opportunité de la vagotomie soit isolée, soit complémentaire du traitement radical.

A) Dans les cas « simples » :

— Si malgré la préparation médicale, l'état général reste précaire, un geste chirurgical a minima peut aider à le remonter : jéjunostomie ou résection limitée avec ou sans gastro-entéro-anastomose complémentaire avec ou sans vagotomie. On le considérera comme premier temps à l'intervention radicale, il suffira peut-être chez les malades âgés.

— Si l'état général est bon ou amélioré, le traitement radical est d'indication formelle; il se pose de façon différente s'il s'agit d'un ulcère récidivant après gastro-entéro-anastomose ou après gastrectomie.

a) Après gastro-entéro-anastomose c'est l'exérèse qu'il faut réaliser, gastro-duodénectomie avec ou sans entérectomie, emportant les deux tiers de l'estomac, l'ulcère initial et l'ulcère récidivant. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'un ulcère duodénal sera laissé en place (JOYEUX [165] et obs. 79). La variante technique à adopter pour sa réalisation sera précisée à ventre ouvert en fonction des conditions locales. Si celles-ci ne permettent pas le traitement radical ou dans le cas rare d'une découverte per-opératoire d'ulcère récidivant, on se contentera d'une intervention palliative ou d'une vagotomie sous réserve d'une réintervention ultérieure.

b) Après gastrectomie. Les indications sont conditionnées par la qualité de l'intervention antérieure : résection suffisamment étendue avec amputation pyloro-duodénale.

— En cas d'incertitude, on choisira la voie abdominale qui permet l'exploration. Sur les données de celle-ci, la conduite à tenir sera décidée en cours d'intervention :

Si elles s'avèrent nécessaires : recoupe gastrique avec ou sans entérectomie, accompagnée éventuellement d'une résection duodéno-pylorique, et, le cas échéant, vagotomie.

Sinon vagotomie isolée ou associée à une résection limitée.

— Si l'on sait que la gastro-duodénectomie a été correcte, c'est l'indication d'une vagotomie par voie thoracique.

c) Le problème est encore plus délicat en face d'un ulcère multi-récidivant : abord abdominal pour vérifier si, malgré les multiples gestes antérieurs, la résection gastrique et duodénale, le rétablissement de la continuité ont été corrects; ou d'emblée vagotomie par voie thoracique si elle n'a pas déjà été réalisée.

C'est dans ces cas désespérants qu'en tout dernier recours et devant l'inefficacité complète du traitement médical et du régime, on pourra envisager une gastrectomie totale.

Ces indications qui découlent de l'analyse de nos 125 cas et de leurs résultats sont du reste couramment admises actuellement par tous les auteurs : en particulier, S. BLONDIN (32) en 1947 à la suite des nombreuses discussions qu'il avait provoqué à l'Académie de Chirurgie depuis 1946, CHARRIER et GUTMANN (50) en 1948, STEVENS et KIPPEN (282) en 1950, P. BERTRAND et J. CREYSEL (25) en 1951, KOURIAS (167) en 1952, TEXTER et BARBORKA (289), MARSHALL et MARKEE (207) en 1954, WALTERS et Collaborateurs dans tous leurs articles depuis 1947 jusqu'en 1955 (306 à 313). Tous insistent sur l'importance de l'ablation d'un moignon pyloro-duodénal résiduel (DUMERY [99] et RITTER [253] ont vu guérir chacun deux ulcères récidivants par cette résection sans traiter l'ulcère récidivant lui-même). D'autres réaffirment l'efficacité de la vagotomie.

Nous résumons donc ainsi ces indications :

— s'il s'agit d'ulcère récidivant après gastro-entéro-anastomose : gastro-duodénectomie avec ou sans entérectomie, avec ou sans vagotomie.

— s'il s'agit d'ulcère récidivant après gastrectomie : soit recoupe gastrique, vérification du moignon pyloro-duodénal et son amputation éventuelle, soit vagotomie.

B) Dans les cas « compliqués » : les indications sont différentes en face d'une fistule gastro-jéjuno-colique et d'une hémorragie grave ou d'une perforation.

a) Dans la fistule gastro-jéjuno-colique, la décision thérapeutique est très difficile tout en présentant un caractère de semi-urgence : en effet, il s'agit de malades dont l'état général est très déficient et que le traitement médical est insuffisant à remonter à lui seul. Aussi trois solutions sont possibles :

— Un premier temps chirurgical préparatoire visant uniquement à mettre au repos et surtout à s'opposer au reflux colo-gastrique : cœcostomie (P. BERTRAND et CREYSEL [25], ATWATER et Collaborateurs [8]) ou iléo-sigmoïdostomie (ISAACS [159]), avec ou sans jéjunostomie.

— Un seul temps mais traitant la lésion colique (suture ou résection) en se contentant du geste minimum du côté gastro-jéjunal : résection limitée et dégastro-entérostomie avec ou sans gastro-entéro-anastomose ou jéjuno-jéjunostomie avec ou sans vagotomie (BARKER [15] en 1947), tactique qui sauvegarde peut-être le pronostic vital immédiat mais nécessite presque toujours un deuxième temps complémentaire de résection gastrique et jéjunale.

— Enfin, un seul temps traitant les lésions coliques et gastro-intestinales de façon radicale (HEPP et LAGRANGE [149] en 1950, Lo-

CAIRO et Collaborateurs [194] en 1955 : pour ces auteurs on devrait même terminer systématiquement l'intervention par une vagotomie).

L'état général et l'état anatomique conditionnent là encore les indications, après un laps de temps réduit qui, en plus du traitement médical pré-opératoire permettra la préparation colique :

— Si la fragilité du malade est extrême, on se contente d'une colostomie, sinon, à ventre ouvert ce sont les lésions qui commandent la conduite à tenir : s'il est possible, on réalisera tout le traitement en un temps (et pour LOWDEN [197] et GOLD [123] seulement si la fistule est petite permettant une simple suture) avec éventuellement résection du colon transverse, (en se rappelant que l'essentiel est de bien déterminer le temps colique).

b) dans l'ulcère récidivant perforé, en plus de l'état général c'est l'horaire qui domine les indications :

— si le malade est vu précocement et son état satisfaisant, la gastro-duodénectomie ou la recoupe gastrique avec ou sans entérectomie doivent être tentées (dans ces cas l'emploi de deux boutons anastomotiques diminuera utilement la durée de l'intervention).

— sinon, on se contentera d'une suture simple ou d'une résection limitée associée à une jéjuno-jéjunostomie ou à une gastro-entéro-anastomose.

RENON et PERRUCHIO (248) en 1948 insistent de plus, pour ces ulcères récidivants perforés après gastrectomie, sur la nécessité d'une vagotomie complémentaire.

c) L'ulcère récidivant hémorragique a des indications identiques à celles de l'ulcère récidivant perforé, mais dominées à la fois par l'horaire et par la manière dont le malade réagit à la réanimation d'urgence. Une surveillance attentive permettra d'opérer au moment opportun.

Ainsi les indications thérapeutiques de l'ulcère récidivant, aussi bien dans les cas simples que dans les cas compliqués doivent tenir compte en même temps du pronostic vital immédiat chez des malades plus ou moins fragiles et de l'avenir éloigné en prévenant une récurrence ultérieure : ces deux buts peuvent la plupart du temps être menés concurremment mais il faut parfois se rappeler que la prophylaxie de la récurrence doit passer au second plan.

IX. - QUELQUES ASPECTS PARTICULIERS DE L'ULCERE RECIDIVANT

Pour terminer cette étude, il nous reste à envisager plus particulièrement certaines modalités évolutives de la diathèse ulcéreuse caractérisées par sa ténacité dans les ulcères multi-récidivants, par son allure aiguë déclarée d'emblée par la perforation et même par sa malignité, la transformation cancéreuse étant, à vrai dire, extrêmement rare.

A) L'ulcère multi-récidivant : nous en avons réuni 29 cas dont nous nous contenterons de rappeler les résultats dans le tableau ci-dessous :

	Nbre d'ob.	décès P.O.	Résultats initier-prétabies	Malades suivis						
				E.R.			R.S.		M.R.	T.
				1.5 ans	5.10 ans	+ 10 ans	1.5 ans	5.10 ans		
Après G.E.A. d'abord	20	3	5	2	—	3	1	1	5	12
Après G. d'emblée	9	—	1	1	—	—	1	1	5	8
TOTAL :	29	3	6	3	—	3	2	2	10	20

Ainsi le génie évolutif de la maladie ulcéreuse est dans près du quart des cas véritablement malin. Si dans les résultats éloignés 3 malades ont un excellent résultat de plus de dix ans, 2 un résultat satisfaisant de plus de cinq ans, 10 (soit la moitié des malades suivis) ont un mauvais résultat.

B) Nous avons également réuni les résultats des malades où la première manifestation de l'ulcère avait été la perforation, celle-ci ayant été traitée par suture avec gastro-entéro-anastomose ou par

suture isolée suivie à délais plus ou moins brefs d'une gastrectomie. Nous n'avons pas d'observation d'ulcère récidivant après gastrectomie d'emblée pour ulcère perforé.

	Nbre d'ob.	décès P.O.	résultats irinter- venables	Malades suivis						
				E.R.			R.S.		M.R.	T.
				1.5 ans	5.10 ans	+10 ans	1.5 ans	5.10 ans		
U.R. après S. + G.E.A.	23	5	7	3	4	2	—	—	2	11
U.R. après G. secondaire à S.	5	—	—	1	—	—	1	1	2	5
TOTAL :	28	5	7	4	4	2	1	1	4	16

12 de ces observations avaient fourni à VIALLARDON dans sa thèse (302) en 1946, des arguments en faveur de la gastrectomie d'urgence pour la perforation d'ulcère. L'analyse des statistiques concernant le traitement de cette complication montre qu'en général les auteurs disposent de peu de recul ou suivent rarement les malades à distance. LYALL (200) en 1952, à propos de 200 cas, déclare que 10 % des gastro-entéro-anastomoses dans l'ulcère perforé produisent des ulcères récidivants. GILMOUR (115) en 1953 oppose les résultats de la simple suture dans les ulcères simples aigus et dans les ulcères calleux. Pour les premiers, seulement 25 % des cas ont nécessité une intervention secondaire, pour les seconds, en plus d'une mortalité de 15 % il a eu 70 % de récides avec encore une mortalité de 15 % dans le traitement de celles-ci. NOORDIJK (227) rassemblant 2.531 cas en 1953, opérés en Hollande entre 1934 et 1950 constate que les résultats tardifs sont bien meilleurs si la gastrectomie a pu être réalisée d'emblée.

Ces notions ont donc une incidence sur le traitement de la perforation ulcéreuse : il est certain que la gastro-duodénectomie lorsque l'horaire et les conditions générales permettent de la réaliser, est la meilleure indication. Mais il ne faut point la forcer et penser, une fois de plus, au pronostic vital immédiat avant l'avenir éloigné (CLAVEL [53 bis], PEYCELON et DUJOL [237]).

C) La transformation cancéreuse de l'ulcère récidivant. Nous en avons un cas certain dans l'observation 17 que nous allons détailler :

Gui...; 45 ans en 1938. Syndrome ulcéreux et hémorragique depuis 1919.

— 1925: gastro-entéro-anastomose à la suture pour ulcère de la petite courbure, calleux mais haut situé.

— 14 juin 1938: anémie, mœlena, douleurs, radio montrant des signes indirects d'ulcère récidivant.

— 20 juin 1938: *Intervention* (Pr SANTY, Dr FRIEH) A. L. Pas trop d'adhérences. Anse grêle anastomotique doublée de diamètre. Libération facile.

Entérectomie. Bouton de Villard.

Gastro-duodénectomie terminée par un Finsterer.

Examen de la pièce: épithélioma ulcéré du jéjunum développé sur la face mésentérique de celui-ci immédiatement au-dessous de l'orifice de l'anastomose, de 4×2 centimètres avec rebords très indurés.

Examen histologique (Pr NOËL): épithélioma glanduliforme métatypique.

— 29 septembre 1938: a repris 8 kgs.

— 20 juin 1942: décès par métastases généralisées.

L'*observation* 28 prête beaucoup plus à discussion puisque le malade est mort 3 ans après le traitement d'un ulcère récidivant, d'un ictère par rétention peut-être d'origine néoplasique, mais nous n'avons aucun examen histologique, confirmant l'hypothèse plausible d'un ulcère récidivant cancérisé.

Cette éventualité est extrêmement rare. WOHLWILL et CARMIRO de MOURO (328) en 1946 en publient un cas: il s'agissait d'un réticulo-sarcome. MONTANARI (219) à propos de deux cas personnels en 1948 en retrouve trente dans la littérature, les différentes interprétations pathogéniques qu'il expose sont toutes valables. S'agit-il d'une tumeur méconnue et se développant du fait de l'hyperhémie consécutive à l'intervention, ou d'une tumeur se développant sur une gastrite ou d'une réelle dégénérescence maligne de l'ulcère récidivant?

CONCLUSIONS

I°. - Nous présentons 125 observatoins d'ulcères récidivants post-opératoires : 102 après gastro-entéro-anastomose, 23 après gastrectomie.

II°. - L'étude des circonstances étiologiques met en évidence certaines notions, qui, sans apporter de certitude quant au devenir d'un ulcéreux opéré, peuvent néanmoins constituer des éléments de présomption quant à l'éventualité d'une récédive :

— L'ulcère récidivant est plus fréquent après gastro-entéro-anastomose surtout s'il existe une sténose pylorique associée. Mais il se voit aussi après gastrectomie. Il faut donc y penser chez tout ulcéreux opéré « qui ne va pas », quels que soient le délai écoulé depuis l'intervention première et la durée globale de l'évolution ulcéreuse.

— On peut le rencontrer à tout âge, à 20 ans comme à 70 ans, et même chez la femme, quoiqu'il y soit rare. Certains facteurs familiaux, raciaux, constitutionnels, sociaux, certaines conditions alimentaires et psychologiques, l'éthylisme et le tabagisme en favorisent indéniablement l'apparition.

— Enfin, le risque de récédive est beaucoup plus important pour un ulcère de siège duodénal ou pyloro-duodénal. Par ailleurs, il semble proportionnel au degré de gravité des lésions ulcéreuses primitives constaté cliniquement et opératoirement : la sténose, les hémorragies, la perforation, les phénomènes inflammatoires rendent compte d'un potentiel évolutif sérieux de la diathèse ulcéreuse.

III°. - Après une revue pathogénique de l'ulcère gastro-duodénal et l'étude des causes d'échec des méthodes thérapeutiques chirurgicales qui lui sont opposées, la gastro-duodénectomie des 2/3 apparait actuellement comme le traitement de choix de l'ulcère « chirurgical ».

La vagotomie ne doit pas lui être associée systématiquement sauf peut-être chez les malades qui paraissent avoir plus de chances de faire une récédive : ces risques s'évalueront d'après l'ensemble clinique, un degré plus important d'hyperchlorhydrie au chimisme gastrique et l'aspect anatomique de la lésion ulcéreuse. Dans ces cas

seulement, l'inconfort post-opératoire dû à la vagotomie est bien compensé par la prévention d'emblée de cette grave complication qu'est l'ulcère récidivant.

IV°. - De plus le traitement préventif de l'ulcère récidivant peut se résumer dans l'observance de deux règles précises :

— Éviter les interventions « indésirables », ne pas opérer au moment des poussées ulcéreuses : en somme, mettre tout en jeu pour assurer d'emblée la guérison et faire en sorte que l'intervention réalisée ne devienne pas « un premier temps ».

— Suivre et conseiller les opérés pour qu'ils observent les principes hygiéno-diététiques élémentaires nécessités par leur état.

V°. - Les constatations anatomo-pathologiques expliquent la longueur des interventions pour ulcère récidivant, exigeant dans 50 % des cas au moins, un premier temps de libération difficile et minutieux. C'est en partie pour raccourcir la durée d'une opération déjà choquante par elle-même, qu'on peut avoir recours, pour rétablir la continuité après gastrectomie ou entérectomie, au bouton anastomotique.

A l'opposé, l'absence de toute lésion visible ou palpable ne doit pas infirmer le diagnostic pré-opératoire d'ulcère récidivant. Dans quelques rares cas, c'est l'examen de la pièce opératoire qui, seul, confirmera l'existence de l'ulcère récidivant.

VI°. - Les données cliniques, radiologiques et le diagnostic sont simplement rappelés, en indiquant la fréquence de certains signes d'après notre statistique.

VII°. - Les résultats du traitement de nos 125 ulcères récidivants classés d'après leur étiologie, sont longuement détaillés selon les diverses modalités thérapeutiques ou évolutives. Nous envisageons également l'incidence de la vagotomie pratiquée 15 fois, ainsi que 7 cas d'ulcères récidivants perforés et 2 cas d'ulcères récidivants hémorragiques graves.

La mortalité est de 11,2 % (16 % avant janvier 1946, 6 % après janvier 1946).

Nous présentons 63 résultats suivis sur 111 (56,8 %) avec 16 % de mauvais résultats, 24 % de résultats satisfaisants (8 % de 1 à 5 ans, 16 % de plus de 5 ans) et 60 % d'excellents résultats (20 % de 1 à 5 ans, 40 % de plus de 5 ans dont près de la moitié au delà de 10 ans).

L'ulcère récidivant post-opératoire est donc une complication grave et tenace. La mortalité opératoire a certes diminué mais la qualité des résultats, avec des réussites certaines, reste difficile à apprécier.

La vagotomie apparait plutôt comme un geste complémentaire, car devant ses effets inconstants, la première place revient toujours à la gastrectomie ou à la recoupe gastrique si elle est nécessaire, associée le plus souvent à une entérectomie. C'est seulement sur la certitude d'un traitement anti-ulcéreux radical antérieur, correct et complet, (ou en face d'un ulcère récidivant inextirpable) que l'on aura recours à la vagotomie plutôt qu'à la gastrectomie totale.

VIII°. - A partir de ces données, nous rappelons les méthodes thérapeutiques et surtout les indications thérapeutiques : gastro-duodénectomie avec ou sans entérectomie s'il s'agit d'un ulcère récidivant après gastro-entéro-anastomose, recoupe gastrique ou vagotomie s'il s'agit d'un ulcère récidivant après gastrectomie.

I °. - Enfin nous terminons par une brève étude des ulcères multi-récidivants, des ulcères récidivants après perforation ulcéreuse et du problème de la transformation maligne de l'ulcère récidivant.

Vu: le Doyen,
H. HERMANN

Le Président de la Thèse
P. SANTY

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 24 Octobre 1955
Le Recteur, Président du
Conseil de l'Université

Pour le Recteur et par délégation:
Le Vice-Président du Conseil de l'Université
R. DOUIN

BIBLIOGRAPHIE

Notre étude sur l'ulcère récidivant post-opératoire nous a conduit à lire non seulement des articles concernant cette complication mais aussi des publications se rapportant à la maladie ulcéreuse dans son ensemble et, plus particulièrement, à la vagotomie. Ceci explique que cette bibliographie soit abondante tout en étant forcément incomplète.

Nous avons lu dans le texte la totalité des articles de langue française et, au moins pour la période 1950-1955, ceux de langue anglaise. Quant aux autres, nous nous sommes contentés d'analyses.

Pour faciliter l'utilisation de cette bibliographie, nous la présentons ainsi

1°) Liste générale des publications par ordre alphabétique du premier auteur, avec notre ordre numérique, son titre, sa référence indiquant la revue, le tome: le numéro; les pages; l'année (en chiffres arabes). Le cas échéant est donnée la référence de l'Analyse publiée dans une revue française ou américaine de grande diffusion (ce qui ne préjuge en rien que nous nous en soyons contentés).

Le chiffre romain indique la référence à la liste suivante.

2°) Liste des publications classées selon le sujet qu'elles développent ou pour lequel elles ont été plus particulièrement consultées.

- I. - Ulcères récidivants post-opératoires en général.
- II. - Ulcères récidivants après gastrectomie.
- III. - Fistules gastro-jéjuno-coliques.
- IV. - Ulcères récidivants perforés.
- V. - Ulcères récidivants cancérisés.
- VI. - La vagotomie dans le traitement de l'ulcère :
 - a) la vagotomie traitement de l'ulcère récidivant.
 - b) la vagotomie traitement de l'ulcère gastro-duodéal.
 - c) comparaison entre les résultats de la gastrectomie et de la vagotomie dans le traitement de l'ulcère gastroduodéal. Association de la vagotomie à la gastro-entéro-anastomose, à la gastrectomie ou à d'autres interventions nerveuses.
 - d) bases physiologiques de la vagotomie et expérimentation.
 - e) récurrence d'ulcère après vagotomie.

VII. - Articles concernant l'ulcère gastro-duodénal, son traitement chirurgical et les résultats de ce dernier.

A) Etiologie, pathogénie et expérimentation.

B) Comparaison statistique des ulcères récidivants après gastro-entéro-anastomose et gastrectomie.

C) Résultats de la gastrectomie pour ulcère et examens après gastrectomie, syndromes post-opératoires (gastrectomies et gastro-entéro-anastomoses) autres que l'ulcère récidivant post-opératoire.

D) Résultats du traitement chirurgical de la perforation ulcéreuse.

E) Traitement actuel et problèmes chirurgicaux de l'ulcère gastro-duodénal.

Dans cette liste est seule indiquée, selon l'année de parution notre référence numérique de la première liste.

3°) Enfin une liste générale des auteurs. (Un chiffre gras indique que le nom a servi au classement alphabétique de l'article).

1°) LISTE GENERALE DES PUBLICATIONS

1. ABADIE (J.) et COUINOT. - Onze cas d'ulcères peptiques après gastrectomie. Enseignement. (II)
Mém. Acad. Chir. 73 : - ; 530-534; 1947.
2. ACQUATI (A.) (Monza). - Résultats éloignés de la gastrectomie pour ulcère gastro-duodénal. (VII)
Giorn. Ital. Chir. 8 : 1; 8-24; 1952.
Analyse : J. Chir. 68 : - ; 578; 1952.
3. ALBOT, DEBRAY, ROUX et MARMIER. - L'ulcère gastro-duodénal. Formes anatomo-radiologiques. Gastroscopie et traitement médical. Indications chirurgicales. (VII)
Concours Médical 75 : 9; 747-749; 1953.
4. ALDINO et REDONDI (Milan). - Etude anatomo-clinique de l'ulcère peptique post-opératoire. (I)
Arch. per la Scienze Méd. 89 : 3; 222-259; 1950.
Analyse : J. Chir. 67 : - ; 445; 1951.
5. ALEXANDER (J. W) MERENDINO (K. A.). - A Study of the Mechanism Involved in the protection against Ulcer Formation Afforded by Vagotomy in the Shay-Preparation Rat. (VIId)
Surg. 31 : 6; 859-869; 1952.
6. ALLAINES (d'), BANZET, DELANNOY, DRAGSTED, LAGROT, SANTY et ROUX. L'opération de Dragsted; Réunion chirurgicale de l'hôpital Broussais du 5 Mars 1951. (VIb)
Sem. Hôp. Paris 27 : 85; 3392-3398; 8 nov. 1951.
7. ALVAREZ (W. C.). - Soixante ans de vagotomie; une revue de quelque 200 articles. (VIb)
Gastroenterology 10 : 3; 413-441; 1948.
Analyse : Arch. Mal. App. Dig. 38 : - ; 306; 1949.

8. ATWATER (J. S.), BUTT (H. R.) et PRIESTLEY (J. T.) (Rochester) - Fistules gastro-jéjuno-coliques en insistant spécialement sur la dénutrition et certains aspects chirurgicaux. (III)
Arch. Surg. 117 : 3; 414-426; 1943.
Analyse : J. Chir. 62 : -; 66; 1946.
9. AUGUSTE (Ch.) et PARIS (J.). - L'ulcère peptique après gastrectomie Etude médicale. (II)
Arch. Mal. App. Dig. 36 : -; 552-557; 1947.
10. BACHER (K. R.). - Fistule gastro-jéjuno-colique : contribution casuistique au traitement radical, avec oblitération par suture de la fistule colique et opération plastique (Konvexitatsplastik) pour l'élargissement du colon transverse. (III)
Zentralblatt F. Chir. 78 : 48; 2030-2034; 1953.
Analyse : Annales de Chir. de la Sem. Hôp. Paris -; 345; 1954.
11. BALTZ (J. I.), FALLIS (L. S.), MATEER (J. G.) et BARSON (J.). - Follow-up 3 Years Clinical Results of Combined Subtotal Gastrectomy and Subdiaphragmatic Vagotomy in 108 Cases of Duodenal and Jejunal Ulcer (Comparaison also of Results Obtained with Gastro-Duodenal and Gastro-jejunal Types of Anastomosis). (VIc)
Gastroenterology 26 : 4; 533-547; 1954.
Analyse : Arch. Mal. App. Dig. 44 : -; 125; 1955.
12. BANCROFT (F. W.). - Surgical Problems of Duodenal Ulcer. (VII)
J.A.M.A. 147 : -; 364-367; 1951.
13. BANZET (P.). - A propos d'un cas d'ulcère peptique récidivant. (I)
Arch. Mal. App. Dig. 34 : -; 317; 1944.
14. BANZET (P.). - Discussion de la communication : « Les ulcères peptiques après gastrectomie de S. Blondin » du 5 Déc. 1945. (II)
Mém. Acad. Chir. 71 : -; 466-467; 1945.
15. BARKER (R. F.) (Brooklyn). - Traitement chirurgical des fistules gastro-jéjuno-coliques. (III)
Surg. Gyn. Obst. 22 : 4; 657-669; 1949.
Analyse : J. Chir. 65 : -; 264; 1949.
16. BARRAYA (L.) (Nice). - Les ulcères peptiques. Leur place dans les troubles qui suivent les gastro-entéro-anastomoses et les gastrectomies. La notion d'ulcère de réception ou de rodage. (I)
Marseille Chir. 3 : 4; 485-488; 1951.
17. BARRAYA (L.) (rapport de M. S. Blondin). A propos des ulcères peptiques : les réinterventions tardives après gastrectomie et gastro-entérostomie. (I)
Mém. Acad. Chir. 73 : -; 304-305; 1947.
18. BARRAYA (L.) (rapport de M. J. Charrier). - Perforation d'un ulcère peptique jéjunal aigu, dix jours après une gastrectomie pour fistule gastro-jéjuno-colique. Suture. Guérison. (IV)
Mém. Acad. Chir. 73 : -; 585-586; 1947.
19. BASSO (R.). - La jéjunite dans l'ulcère peptique post-opératoire (I)
Policlinico 53 : 7-8; 155-160; 1946.
Analyse : J. Chir. 63 : -; 412-413; 1947.
20. BASTIEN (P.) (Dunkerque). - Perforation d'un ulcère peptique après gastrectomie pour ulcère pylorique. Gastro-jéjunostomie large. Guérison. (IV)
Lille Chir. 1 : 1; 63-66; 1946.
Analyse : J. Chir. 64 : -; 227; 1948.

21. BEATTIE (A. D.). - The Physiological Basis of Vagotomy. (VIId)
Brit. Med. J. - : 4605; 607-610; 1949.
22. BELL (L.G.), SHERER (B. D.) et KEENOY (J. J.). - Appraisal of Subtotal Gastrectomy. (VII)
Ann. Surg. 137 : 4; 516-522; 1953.
23. BENEDICT (E. B.). - Jejunal Ulcer : an Analysis of 36 cases and Study of the Litterature. (I)
Surg. Gyn. Obst. 56 : -; 807-819; 1933.
24. BERGER (H.), REISSIGL (H.). - Uber die Magenresektion beim Magen. Zwoelffinger darmgeschwier. Bericht uber 1.535 Resektionen. (VII)
Arch. Klin. Chir. (Berlin) 277 : 2; 223-236; 1953.
Analyse : Surg. Gyn. Obst. - : 5; 561-562; 1954.
25. BERTRAND (P.) et CREYSSSEL (J.). - L'ulcère récidivant post-opératoire. (I)
in Traité de Thérapeutique Chirurgicale (G. Doin et Cie 1951) T. II;
p. 2558-2568.
26. BERTRAND (P.) et MOURGUES (de G.). - Ulcère peptique et opération de Dragsted. (VIa)
Lyon Chir. 43 : 2; 239; 1948.
- 26 bis. BERTRAND (P.), MARTIN (E.) et ROZAN. - La perforation en péritoine libre des ulcères peptiques post-opératoires jéjunaux et gastro-jéjunaux. (IV)
Lyon Chir. 29 : -; 577; 1932.
Rozan : Thèse Lyon 1933.
27. BIANCHETTI (C. F.) et CASTELLO (L.) (Ivréa). - Syndromes peptiques ulcéreux et vagotomie. (VIa)
Minerva Chir. 6 : 12; 329-333; 1951.
Analyse : J. Chir. 68 : -; 576; 1952.
28. BLIXENKRONE et MOELLER (Danemarck). - La vagotomie pour ulcère gastro-duodéal et jéjun. (VIb)
Nordisk Méd. 39 : 37; 1629-1635; 1948.
Analyse : J. Chir. 65 : -; 557; 1949.
29. BLOCH (J. Ch.) et CAROLI. - Ulcère post-opératoire développé sur une anastomose de Delbet (gastro-pyloro-duodéno-jéjunostomie). (I)
Arch. Mal. App. Dig. 27 : -; 559-564; 1937.
30. BLONDIN (S.). - Ulcères peptiques après gastrectomie : 5 observations. (II)
Mém. Acad. Chir. 71 : -; 462-466; 1945.
31. BLONDIN (S.), BRETON (M.), CORNETTE de SAINT-CYR, LORTAT-JACOB (J.L.)
Ulcère peptique récidivant après gastrectomie. (II)
Mém. Acad. Chir. 72 : -; 297-299; 1946.
32. BLONDIN (S.), FROELICH (F.), BARRAYA. - Conclusions de la discussion sur les ulcères peptiques après gastrectomie. (II)
Mém. Acad. Chir. 73 : -; 593-600; 1947.
33. BLONDIN (S.), CHENE (P), et SIMON (A.). - Quelques considérations sur les ulcères peptiques après gastrectomie. (II)
Arch. Mal. App. Dig. 36 : -; 503-510; 1947.
34. BOEREMA (I) (Amsterdam) - Gastroduodéal Ulcer, a Spastic Disease
Ann. Surg. 127 : 3; 413-416; 1948. (VII)

35. BOLLER (R.) (Vienne). - De la vagotomie dans le traitement de l'ulcère gastro-duodénal. (VIb)
Gastroenterologia 74 : 5; 280-296; 1949.
Analyse : *J. Chir.* 66 : -; 311-312, 1950.
36. BOLLER (R.). - Suites tardives des gastrectomies et leur traitement (I)
Arch. Mal. App. Dig. 41 : 4; 407-412; 1952.
37. BORSOTTI (P. C.) (Turin). - Sur les suites lointaines des réinterventions pour ulcère peptique post-opératoire. (I)
Minerva Chir. 5 : 24; 771-775; 1950.
Analyse : *J. Chir.* 67 : -; 744; 1951.
38. BRACCO (L.) (Turin). - Syndromes douloureux post-opératoires en chirurgie gastrique et leur traitement. (I)
1 volume de 178 p. (Ed. La Minerva Medica; (Turin 1953).
Analyse : *J. Chir.* 69 : 8-9; 685; 1953.
39. BROOKS (J. R.) et MOORE (F. D.). - Vagotomy for Duodenal Ulcer. A Find Survy after 10 years. (VIb)
N. England Med. 27 : -; 1022-1028; 1953.
Analyse : *Surg. Gyn. Obst.* - : -; 260; 1954.
40. BRUNSGAARD (Ch.). - Traitement chirurgical de l'ulcère gastrique et duodénal. (VII)
Acta Chir. Scand. 94, *suppl.* 17-18; 1946.
Analyse : *J. Chir.* 65 : -; 163; 1949.
41. BUTLER (T. J.) et CAPPER (W. M.). - Experimental Study of 79 Cases Showing the Early Post-gastrectomy Syndrome. (VII)
Brit. Med. J. - : 4716; 1177-1181; 1951.
42. CAMES (O. J.). - Ulcère peptique après gastrectomie. (II)
An. de Cirugia, Rosario 12 : 3; 194-210; 1946.
Analyse : *J. Chir.* 64 : -; 77-78; 1948.
43. CAPPER (W. M.) et BUTLER (T. J.). - A Clinical Study of the Early Post-Gastrectomy Syndrome.
Brit. Med. J. -; 4726; 265-270; 1951.
44. CARVAILHO (M.). - A propos de 4 cas d'ulcère peptique. (I)
Arch. Mal. App. Dig. 41 : -; 678-684; 1952.
45. CATTAN (R.) et FRUMUSAN (P.). - Le facteur vasculaire dans la maladie ulcéreuse. (VII)
Arch. Mal. App. Dig. 42 : -; 502-531; 1953.
46. CHABRUT. - A propos des ulcères jéjunaux après gastrectomie. (II)
Mém. Acad. Chir. 73 : -; 238-239; 1947.
47. CHARLES (R.) et ROWLANDS (B.). - Postgastrectomy Syndromes and their Relation to Technic. (VII)
J. Int. Coll. Surgeons 19 : 5; 605-611; 1953.
48. CHARRIER (J.). - Les ulcères peptiques gastro-jéjunaux après gastrectomie. (II)
Mém. Acad. Chir. 72 : -; 550-553; 1946.
49. CHARRIER (J.). - Données récentes sur l'étiologie, le diagnostic et le traitement de l'ulcère peptique gastro-jéjunal post-opératoire. (I)
Presse Méd. 21 : -; 268 B; 1948.
50. CHARRIER (J.) et GUTMANN (R. A.). - L'ulcus peptique après gastrectomie. (II)
Arch. Mal. App. Dig. 37 : -; 779-781; 1948.

51. CHARRIER (J.), LOYGUE (J.) et POLONY. - Résultats obtenus par la gastrectomie chez les ulcéreux; suites de 347 cas. (VII)
Arch. Mal. App. Dig. 41 : 7-8; 743-746; 1952.
52. CHAUDIRON. - L'ulcère peptique post-opératoire : 81 observations. (I)
Thèse : Lyon 1947-1948.
53. CLAVEL (Ch.) et BARBIER (J. M.). - Ulcère peptique après gastrectomie pour ulcère perforé. (II)
Lyon Chir. 49 : 7; 840-841; 1954.
- 53 bis. CLAVEL (Ch.). - Etude statistique de 150 cas d'ulcères gastro-duodénaux perforés. (VII)
Lyon Chir. 48 : 6; 723-732; 1953.
54. COFFEY (R. J.) et LAZARO (E. J.) (Washington). - Vagotomy. Hemigastrectomy and Gastroduodenostomy (Finney - Von Haberer) in the Treatment of Duodenal Ulcer. (VIc)
Ann. Surg. 141 : 6; 862-871; 1955.
55. COLLET (M.). - Sur une complication de la gastro-entéro-anastomose : la sténose transitoire de la bouche. (VII)
Thèse Lyon 1934.
56. COLP (R.). - Surgical Management of Duodenal Ulcer. (VII)
Surg. Gyn. Obst. 91 : -; 306-310; 1950.
57. CONNEL (F. G.) (Oshkosh, Wisconsin). - The Problem of Duodenal Ulcer. (VII)
J. Int. Coll. Surgeons 18 : 5; 642-650; 1952.
58. CORAJOD. - Ulcères peptiques après gastrectomie. (II)
Lyon Chir. 43 : -; 329; 1948.
59. COSTANTINI et PIETRI (Alger). - Etude critique de l'anastomose gastro-duodénale type Péan, après gastrectomie; du traitement de ses séquelles. (VII)
Rev. Chir. 69 : 1-2; 2-14; 1950.
60. COTTE (G.). - Ulcère duodénal après gastro-entéro-anastomose pour ulcération pylorique. (I)
Lyon Chir. 26 : -; 404-406; 1929.
61. COURTY (L.) et GAUDEFROY. - Sur un cas d'ulcère peptique se produisant immédiatement après gastrectomie et se perforant 18 jours après cette intervention. (IV)
Mém. Acad. Chir. 72 : 10-11-12; 208-210; 1946.
62. COURTY (L.) et GAUDEFROY. - Sur un cas d'ulcère peptique avec fistule gastro-colique, après gastrectomie. Elargissement de la gastrectomie. Cure de la fistule colique. Guérison. (III)
Mém. Acad. Chir. 73 : -; 575-578; 1947.
63. COURTY (L.) et GAUDEFROY (M.). - La vagotomie bilatérale. (VIb)
Rev. Chir. 67 : 7-8; 194-210; 1948.
64. COURTY (L.), BECQUET (R.), et LANGERON (P.). - Troubles de la motricité gastrique après vagotomie : 2 observations. (VI d)
Arch. Mal. App. Dig. 38 : -; 731-739; 1949.
65. CRILE (Jr. G.) An Analysis of the Vagotomy Controversy. (VIc)
Ann. Surg. 136 : -; 752; 1952.
66. DAILEY (U. G.) (Chicago). - La phrénicotomie associée à la vagotomie dans le traitement de l'ulcère. (Communication présentée à la réunion du chapitre français du collège international des Chirugiens à Bordeaux : 13-15 mai 1952). (VIc)
Analyse : Presse Médicale 60 : 57; 1219; 1952.

67. DARGENT (M.), JAUBERT de BEAUJEU (M.), MAILLET et MICHAUD. - A propos de la gastrectomie d'urgence pour perforation d'ulcère gastro-duodénal. (VII)
Lyon Chir. 43 : - ; 372; 1948.
68. DEBRAY (Ch.) et HARDOUIN (J.P.). L'ulcère expérimental de sortie. (VII)
Arch. Mal. App. Dig. 42 : - ; 452-501; 1953.
- 68 bis. DEBRAY (Ch.), ROUX (M.), CHEVILLOTTE (R.) et SEGAL (S.). - Le cancer gastrique sur moignon de gastrectomie. (V)
Arch. Mal. App. Dig. 39 : 6; 702-716; 1950.
69. DEBRAY (Ch.), LAUMONIER (R.), DELAVAUULT (J.) et ROUSSELET. - Les modifications de la paroi et du suc gastrique après ligature du pylore chez le rat blanc. (VII)
Arch. Mal. App. Dig. 35 : - ; 297-318; 1950.
70. DELANNOY (E.). - Indications et techniques de la vagotomie sous-diaphragmatique. (VI)
J. Chir. 64 : 1; 17-24; 1948.
71. DELANNOY (E.), VERHAEGUE et LAGACHE. - 4 cas d'ulcères peptiques après gastrectomie. (II)
Arch. Mal. App. Dig. 36 : - ; 87-89; 1947.
72. DELANNOY (E.). - Vagotomie bilatérale sous-diaphragmatique pour ulcère duodénal après gastrectomie suivie d'anastomose à la Péan. (VIa)
Mém. Acad. Chir. 73 : - ; 274-277; 1947.
73. DELANNOY (E.). - Ulcères peptiques après gastrectomie. (II)
Mém. Acad. Chir. 72 : - ; 386-388; 1946.
74. DELANNOY (E.). - Récidive d'ulcère duodénal et ulcère peptique sur cicatrice de gastro-entéro-anastomose. (I)
Lyon Chir. 41 : - ; 722; 1946.
75. DELORE (P.) et CHAPUY (A.). - L'évolution du traitement médical de l'ulcère gastro-duodénal depuis 30 ans. (VII)
Concours Méd. 76 : 41; 3669-3672; 1954.
76. DELORE (X) et CREYSEL (J.). - Des ulcères récidivants post-opératoires (plus communément appelés ulcères peptiques). (I)
J. Chir. 25 : 4; 385-416; 1925.
77. DELORE (X.). - Deux cas d'ulcères peptiques du jéjunum avec fistule colique. (III)
Lyon Chir. 22 : - ; 260; 1925.
78. DELORE (X.) et BRECHET. - Double ulcère peptique après gastrectomie pour exclusion. (II)
Lyon Méd. du 8 janvier 1930.
79. DELORE (X.) et GABRIELLE (H.). - Considérations générales sur les ulcères peptiques post-opératoires ou ulcères récidivants et leur traitement. (I)
Presse Méd. 45 : 78; 1259-1261; 1937.
80. DELOYERS (L.) (Bruxelles). - Les problèmes de la physiologie sécrétoire de l'estomac, de la thérapeutique chirurgicale de la maladie ulcéreuse à la lumière de l'étude physio-pathologique de la gastrectomie subtotale. (VII)
Presse Méd. 59 : 59; 1213-1216; 1951.
81. DELOYERS (L.). - Proposition et justification d'une intervention curatrice de la maladie ulcéreuse : la gastrectomie inversée. (VII)
Lyon Chir. 50 : 1; 5-15; 1955.

82. DEMIRLEAU (J.) (Rapport de Mr J. Hepp). - 7 cas d'ulcères peptiques après gastrectomie. (II)
Mém. Acad. Chir. 72 : - ; 501-503; 1946.
83. DEMOLE (M.) et SARASIN (R.) (Genève). - Ulcère peptique jéjunal traité avec succès par l'association d'histidine et de vitamine C (I)
Arch. Mal. App. Dig. 28 : - ; 1083-1088; 1938.
84. DESJACQUES (R.) et MONTEL. - Ulcères peptiques après gastrectomie. (II)
Lyon Chir. 40 : - ; 383-389; 1945.
85. DESJACQUES (R.) et MENEULT. - Perforation en péritoine libre d'un ulcère peptique post-opératoire jéjunal. (IV)
Lyon Chir. 36 : - ; 371...; 1939-1940.
86. DESPLAS (B.). - A propos des ulcères peptiques gastro-jéjunaux. (I)
Mém. Acad. Chir. 72 : - ; 383-386; 1946.
87. DETRIE (Ch.). - Les modifications vasculaires au cours de l'ulcère gastrique. (VII)
Press. Méd. 62 : 71; 1476; 1954.
88. DRAGSTED (L. R.), CAMP (E. H.) et FRITZ (J. M.). - Récidive de l'ulcère gastrique après vagotomie gastrique. (VIc)
Ann. Surg. 130 : 4; 843-854; 1949.
Analyse : J. Chir. 66 : - ; 594-595; 1950.
89. DRAGSTED (L. R.), OBERHELMAN (H. A.) et WOODWARD (E. R.). - Physiology of Gastric Secretion and its Relation to the Ulcer Problem. (VII)
J.A.M.A. 147 : - ; 1615; 1951.
90. DRAGSTED (L. R.) et WOODWARD (E. R.). - Appraisal of Vagotomy for Peptic Ulcer after Seven Years. (VI b)
J.A.M.A. 145 : - ; 795-802; 1951.
91. DRAGSTED (L. R.), OBERHELMAN (H. A.) et SMITH (C. A.). - Experimental Gastro-jejunal Ulcers Due to Antrum Hyperfunction. (I)
Arch. Surg. : 63 : - ; 208; 1951.
92. DRAGSTED (L. R.). - Is Gastric Ulcer Due to Hyperfunction or Dysfunction of the Gastric Antrum ? (VII)
Surg. Gyn. Obst. 97 : 4; 517-519; 1953.
93. DRAGSTED (L. R.) et FEIT (R.). - La vagotomie gastrique dans le traitement de l'ulcère peptique (au sens anglo-saxon du terme). (VI b)
Lyon Chir. 49 : 6; 641-649; 1954.
94. DRAGSTED (L.R.), OBERHELMAN (Jr H.A.), EVANS (S.O.) et RIGLER (S.P.) L'étiologie de l'ulcère gastrique et duodéal. (VII)
Lyon Chir. 50 : 2; 129-136; 1955.
95. DRUCKERMAN (L.J.), WEINSTEIN (V.A.), KLINGENSTEIN (P.) et COLP (R.) Duodenal Ulcer Treated by Subtotal Gastrectomy with and without Vagotomy. Six Years Comparative Study. (VIc)
J.A.M.A. : 151 : 15; 1266-1269; 1953.
96. DUBARRY (J. J.) et DUBOURG (G.). - Les Antro-pyloro-bulbites vagotoniques pseudo-ulcéreuses. Le traitement des formes rebelles par la vagotomie double sous-diaphragmatique (36 cas opérés avec un recul de 6 mois à 2 ans). (VI d)
Arch. Mal. App. Dig. 37 : 7-8; 456-478; 1948.
97. DUBARRY (J. J.) et DUBARRY (Et.). - Sur 8 cas d'ulcères peptiques post-gastrectomie. (II)
Arch. Mal. App. Dig. 40 : 9-10; 1071-1074; 1951.

98. DUBARRY (J. J.), GRENET (H.) et BOULIN. - Ulcère peptique récidivant et double après gastro-entérostomie puis gastrectomie. Guérison apparente après vagotomie double sous-diaphragmatique. (VIa)
Arch. Mal. App. Dig. 40 : 9-10; 1067-1070; 1951.
99. DUMERY. - A propos de la pathogénie et de la thérapeutique de l'ulcère gastro-duodénal : rôle du bulbe duodénal dans la genèse de l'ulcère. *Thèse Paris* : 1945. (II)
100. DUPUY (R.) et VALLIN (J.). - Le médecin devant l'ulcère gastro-duodénal. (VII)
An. Chirurgie de la Sem. Hôp. Paris, p. C 271-275, mai 1955.
101. ERDELY (J.) (Cegled i Ungarn). - Ulcères peptiques récidivants. (I)
Zentrablatt F. Chir. 76 : 20; 1408-1411; 1951.
Analyse : *J. Chir.* 68 : -; 685; 1952.
102. ERFORS (C. G.). - Vagotomy in the Treatment of Recurrent Peptic Ulcer after Billroth I or Billroth II Operation or after Gastro-Enterostomy. A Review of 24 cases. (VIa)
Acta Chir. Scand. 106 : 2-3; 141-152; 1953.
Analyse : *Surg. Gyn. Obst.* - : 6; 551; 1954.
103. FALLA (L.) et GARMENDIA (R.). - Résultats de la gastrectomie partielle dans le traitement de l'ulcère. (VII)
Rev. Cub. de Gastroenterologia I : 1; 65-74; 1951.
104. FARMER (D. A.), HOWE (C. W.), PORELL (W. J.) et SMITHWICK (R. H.). - The Effect of Various Surgical Procedures upon the Acidity of the Gastric Contents of Ulcer Patients. (VIc)
Ann. Surg. 134 : -; 319; 1951.
105. FINSTERER (H.). - Les résultats des opérations répétées de l'estomac, particulièrement des ulcères gastro-jéjunaux. (I)
Surg. Gyn. Obst. 68 : 2 A; 334-346; 1939.
Analyse : *Arch. Mal. App. Dig.* 29 : -; 802; 1939.
106. FINSTERER (H.). - Questions actuelles à propos du traitement chirurgical de l'ulcère gastro-duodénal et de ses complications. (VII)
Bulletin de l'Acad. Suisse des Sciences Méd. 6 : 5-6; 281-313; 1950.
Analyse : *J. Chir.* 67 : -; 185; 1951.
107. FINSTERER (H.). - L'anastomose gastro-duodénale termino-terminale ou termino-latérale après gastrectomie pour ulcère gastrique ou duodénal. (VII)
Sem. Hôp. Paris 28 : 69; 2663-2670; 1952.
108. FONTAINE (R.) et KUNLIN. - Ulcères peptiques expérimentaux. (VII)
Presse Méd. 9 nov. 1932.
109. FONTAINE (R.), FORSTER (E.) et FRUHLING (L.). - Relation de 2 observations d'ulcère peptique post-opératoire, survenus, l'un après une exclusion pylorique, l'autre à la suite d'une gastro-entéro-anastomose pratiquée en 1906 sur la poche supérieure d'un estomac biloculaire. (I)
Arch. Mal. App. Dig. 30 : -; 474-484; 1941.
110. FOTI (M.) et FRIEDRICH (Budapest). - Traitement de l'ulcère par irradiation de la chaîne ganglionnaire sympathique. (VII)
Atsch. Zschr. Verdaurengskskh 14 : 23; 74-78; 1954.
Analyse : *Arch. Mal. App. Dig.* 44 : 4; 569; 1955.

111. FROEILICH (F.) (Strasbourg). - Valeur et comparaison des sections vagues et sympathiques dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux. (VIa)
Lyon Chir. 44 : 1; 51-57; 1949.
112. FROMME (A.) (Dresde). - Sur l'ulcère peptique incurable et ses rapports avec l'antré restant.
Zentralblatt. F. Chir. 74 : 1; 19-23; 1949.
Analyse : J. Chir. 66 : -; 504; 1950.
113. GALVAO (L.). - Ulcera duodenal. Técnica da gastrectomia parcial e da associação a vagectomia. Resultados. Tratamento das complicações. *Rev. Brasil. Cirurg.* 25 : 5; 349-382; 1953. (VIc)
Analyse : Surg. Gyn. Obst. - : 5; 465; 1954.
114. GELAS (J.). - Contribution à l'étude de l'ulcère peptique gastro-jéjunal consécutif à la gastro-entéro-anastomose. (I)
Thèse Lyon : 1921.
Analyse : Rev. Chir. - : 12; -; 1921.
115. GILMOUR (J.). - Prognosis and Treatment in Acute Perforated Peptic Ulcer : a Review of 206 cases. (VII)
Lancet 1 : 18; 870-873; 1953.
116. GIRARD (M.) et CHABANON (R.). - A propos des séquelles physio-pathologiques de la gastrectomie pour ulcère. (VII)
J. Méd. Lyon - : 754; 521-535; 1951.
in Thèse Chabanon (R.) Lyon 1950.
117. GIRARD (M.) et MONTBARBON (J. F.). - Valeur des signes radiologiques dans le diagnostic de l'ulcère peptique. (I)
J. Méd. Lyon - : 762; 875-899; 1951.
in Thèse Montbarbon (J. F.) Lyon 1950-1951.
118. GLAZEBROOCK (A. J.). - Functional Disorders of Small Bowel after Gastrectomy and Vagotomy; Correlation of Radiographic and Kimo-graphic Studies. (VII)
Lancet 1 : 18; 895-899; 1951.
119. GLENN (F.) (New-York). - Réinterventions for Peptic Ulcers. (I)
Ann. Surg. 132 : 4; 702-719; 1950.
120. GLENN (F.) et HARRISON (O. S.). - The Surgical Treatment of Peptic Ulcer. (VII)
Surg. Clin. N. America - : 4; 575-585; 1952.
Analyse : Surg. Gyn. Obst. - : -; 346-347; 1952.
121. GOFFIN (R.) et PELET (J.) (La Hestre, Belgique). - Considérations sur les suites de 200 gastrectomies. (VII)
Lyon Chir. 45 : 8; 985-993; 1950.
122. GOIDSENHOFEN (Van F.), APPELMANS (R.), HENDRICKX (M.), JOOSSENS (J. V.), VUYLSTEKE (Ch.) et STAESSEN (A.) (Louvain). - Les suites éloignées de la gastrectomie subtotale du point de vue clinique. *Acta Gastroenterologica Belgica* 9 : 6; 254-299; 1946. (VII)
Analyse : Arch. Mal. App. Dig. 35 : -; 477-478; 1946.
123. GOLD (E.) (New-York). - Contribution à l'étude de l'opération radicale pour fistule gastro-jéjuno-colique. (III)
Wiener Klin. Wochft. 62 : 35-37; 630-632; 1950.
Analyse : J. Chir. 67 : -; 371; 1951.

124. GONCALVES LOFORTE (Porto Allegre). - Les ulcères gastro-duodénaux peptiques, récidivants, ne seraient-ils pas de simples localisation d'un virus ? (I)
Rev. Méd. do Rio Grande do Sul, Brasil 2 : 2 ; 304-316 ; 1946.
Analyse : J. Chir. 65 : - ; 65 ; 1949.
125. GONZALES-BUENO (C.). - Las recidivas ulcerosa in cirugia gastro-duodenal. (I)
Rev. Esp. enferm. ap. digest 11 : 1 ; 61-76 ; 1952.
Analyse : Surg. Gyn. Obst. - : 1 ; 50-51 ; 1953.
126. GORDET (G.). - Faut-il réhabiliter la gastro-entérostomie dans le traitement de certains ulcères duodénaux ? (VII)
Presse Méd. 60 : 65 ; 1378-1379 ; 1952.
127. GORDET (G.), GORDET (A. Mme), THALY (H.). - Ulcères peptiques après gastrectomie : étude clinique et radiologique. (II)
Presse Méd. 60 : 82 ; 1806-1810 ; 1952.
128. GOSSET (A.). - Le traitement de l'ulcère peptique post-opératoire. (I)
Rapport au XL^e Congrès Français de Chirurgie. Paris 1931, p. 29-136. (Librairie Félix Alcan).
129. GOSSET (A.) et CHARRIER (J.). - Gastrectomies pour ulcères peptiques. (I)
In techniques chirurgicales (Masson, éditeur, Paris 1936).
130. GOSSET (J. R.). - Gastrite et ulcère gastro-duodéal. (VII)
Concours Méd. 76 : 48 ; 4413-4415 ; 1954.
131. GOULLILOUD. - Ulcère peptique post-opératoire. Discussion à propos de la communication de MM. Santy, Mallet-Guy et Soustelle. (I)
Lyon Chir. 33 : 5 ; 605-606 ; 1936.
132. GRASSI (Rome). - Ulcères gastro-jéjunaux post-opératoires précoces perforés en péritoine libre. (IV)
Policlínico (sez. prat.) 53 : 11-12 ; 235-242 ; 1945.
Analyse : J. Chir. 62 : - ; 470 ; 1946.
133. GRAY (H. K.), WALTERS (W.), PRIESTLEY (J. T.) et WAUGH (J. M.). - Report on Surgery of the Stomach and the Duodenum for 1952. (VII)
Proc. Mayo Clinic. 28 : 36 ; 757-765 ; 1953.
134. GRIMSON (K. S.), RUNDLES (R. W.), BAYLIS (G. J.), TAYLOR (H. M.) et LINBERG (E. J.). - Vagotomy. Observations during Four Years. (VIIb)
Surg. 27 : 1 ; 49-61 ; 1950.
135. GRIMSON (K. S.), ROWE (C. R.) et TAYLOR (H. M.). - Results of Vagotomy during Seven Years. Clinical Observations and Tests of Gastric Secretion. (VIIb)
Ann. Surg. 135 : 5 ; 621-636 ; 1952.
136. GUENIN (P.). - Le Chirurgien devant l'ulcère gastro-duodéal. Quelques points de technique de la gastrectomie pour ulcère. Résultats cliniques de 100 gastrectomies pour lésions gastriques bénignes. (VII)
Ann. de Chir. de la Sem. Hôp. de Paris p. C 275-282 V 1955.
137. GUILLET (R.), BARRIE (J.) et BUFFARD (P.). - Ulcère peptique après gastrectomie. Vagotomie bilatérale, Résultat immédiat. (VIIa)
Lyon Chir. 43 : - ; 230-231 ; 1948.
138. GUILLET (R.) et BUFFARD (P.). - Résultats éloignés après 3 ans du traitement des ulcères gastro-duodénaux par la vagotomie bi-latérale. (VIIb)
Lyon Chir. 48 : 4 ; 459-468 ; 1953.
et Arch. Mal. App. Dig. 41 : 4 ; 457-460 ; 1952.

139. GUTMANN (R.A.) et ARNOUS. Diagnostic précoce de l'ulcère peptique (I)
Arch. Mal. App. Dig. 25 : - ; 68-75; 1936.
140. GUY (C.C.), WERELIUS (C.Y.), DEXTER (D.H.). - Five Years Experience with Vagotomy and Gastroenterostomy for Duodenal Ulcer. (VIb)
J. Intern. Coll. Surgeons 19 : 3; 313-321; 1953.
141. HABERER (Von H.). - Ulcus jejuni postoperativum nach Resektion Billroth II. (II)
Chirurg. 23 : 4; 164-168; 1952.
Analyse : Surg. Gyn. Obst. - : - ; 55; 1953.
142. HAND (B. H.) et PATEY (D. H.). - The Results of Vagotomy in the Treatment of Peptic Ulcer. (VIb)
Brit. J. Surg. 41 : 161-166; 1953.
Analyse : Surg. Gyn. Obst. - : - ; 461; 1954.
143. HARMS (E.). - Les résultats éloignés après traitement chirurgical de l'ulcère gastro-duodénal. (VII)
Arch. F. Klin. Chir. 185 : 2; 241-284; 1936.
Analyse : Arch. Mal. App. Dig. ?
144. HARVEY (H. D.), SAINT-JONH (F. B.) et VOLK (H.). - Peptic Ulcer: Late Follow-up Results after Partial Gastrectomy : Analysis of Failures. (VII)
Ann. Surg. 138 : 5; 680-688; 1953.
145. HAYON (M.). - Contribution à l'étude des ulcères peptiques post-opératoires. (I)
Thèse Paris 1929.
146. HEALY (M. J.), HELLMANN (S. J.), SAUER (P. K.). - Vagotomy Versus Gastric Resection. (VIc)
J.A.M.A. 147 : - ; 368-373; 1951.
147. HEPP (J.). - A propos du traitement des ulcères peptiques après gastrectomie. (II)
Mém. Acad. Chir. 72 : - ; 300; 1946.
148. HEPP (J.) et LAGRANGE (J.). - Fistule gastro-jéuno-colique après gastrectomie. (III)
Arch. Mal. App. Dig. 39 : - ; 238; 1950.
149. HEPP (J.) et LAGRANGE (J.). - A propos du traitement des fistules gastro-jéuno-coliques. (III)
J. Chir. 66 : - ; 116-128; 1950.
150. HERBERT. - Perforation d'un ulcus peptique à la suite d'une gastro-entérostomie avec rétention du bouton. (IV)
Lyon Chir. 36 : - ; 471; 1939-1940.
151. HILLEMAND (P.), MAFFEI (L. D.), HILLEMAND (B.). - Résultats tardifs de la gastrectomie des deux tiers pour ulcus : 169 cas. (VII)
Arch. Mal. App. Dig. 41 : 7-8; 748-762; 1952.
152. HILLEMAND (P.), HEPP, CHERIGLE. - A propos des fistules gastro-jéuno-coliques après gastro-entérostomie. (III)
Arch. Mal. App. Dig. 38 : - ; 84-87; 1949.
153. HOERR (St. O.), BROWN (Ch. H.), RUMSEY (E. W.) et CRILE (Jr G.). Duodenal Ulcer : Results of Treatment with Subdiaphragmatic Vagus Resection and Gastro-enterostomy : Interim Report. (VI)
J.A.M.A. 149 : 16; 1437-1440; 1952.
également Arch. Surg. 67 : 3; 436-443; 1953.

154. HOFFMANN (V.). - Problème théorique et pratique des ulcères gastro-duodénaux. (VII)
Munch. Med. Wschr. 95 : 47; 1245-1248; 1953.
Analyse : Surg. Gyn. Obst. - : -; 54; 1954.
155. HUBER (P.). - Le côté sombre de la chirurgie de l'ulcère. (VII)
1 Vol. 90 p. 25 fig. Maudrich édit. Vienne 1949.
Analyse : J. Chir. 65 : -; 689; 1949 et *Rapport de M. J. Mirlaut : Mém. Acad. Chir.* 75 : -; 23-29; 1949.
156. HUTTER (F. H. D.). - Vagotomy for Duodenal Ulcer. (VIb)
Méd. J. Malaga 7 : 3; 198-206; 1953.
Analyse : Excepta Méd. 1954, p. 59.
157. IMPARATO (A. M.), HINTON (J. W.) (New-York). - Gastric Resection Following Vago Splanchnic and Splanchno-Vagal Anastomosis : their Possible Clinical Implications. (VII)
Ann. Surg. 141 : 6; 853-861; 1955.
158. IRVINE (W. T.). - Post-prandial Syndrome Following Partial Gastrectomy. (VII)
Brit. Méd. J. - : 4575; 514-515; 1948.
159. ISAACS (B.). - Fistules gastro-jejuno-coliques et fistules jejuno-coliques. (III)
Glasgow Med. J. 30 : 3; 82; 1949.
Analyse : J. Chir. 66 : -; 405; 1950.
160. JAUBERT de BEAUJEU (M.), RINGOT (A.) et GOYON (M.). - Réimplantation de l'ampoule de Vater au cours d'une gastro-duodenectomie pour ulcère peptique. Contrôle biligraphique. (I)
Lyon Chir. 49 : 8; 997-1001; 1954.
161. JEAN (Rapport de M. S. Blondin). - Ulcères peptiques après gastrectomie, (II)
Mém. Acad. Chir. 72 : -; 499-500; 1946.
162. JOHNSON (H. D.) et ORR (I. M.). - Selective Surgery for Peptic Ulcer. (VII)
The Lancet 1 : 6; 253-257; 1953.
Surg. Gyn. Obst. 98 : 4; 425-432; 1954.
163. JORDAN, RUFFIN (J. M.), HOLLANDER. - Report of the Committee on Surgical Procedures of the National Committee on Peptic Ulcer of the American Gastroenterological Association. (VII)
Gastro-Enterology 22 : 3; 297-499; 1952.
Analyse : Surg. Gyn. Obst. - : -; 141-143; 1953.
164. JOYCE (T. M.) et ROSENBLATT (M. S.) (Portland). - Fistule gastro-jejuno-colique après gastrectomie. (III)
Ann. Surg. 124 : 1; 142-145; 1946.
Analyse : J. Chir. 64 : -; 306; 1948.
165. JOYEUX (R.) et MARCHAL (Rapport de M. Sénèque). - Ulcère peptique du jéjunum après gastro-entéro-anastomose pour ulcère. Gastrectomie large avec exclusion de l'ulcère. (I)
Mém. Acad. Chir. 76 : -; 483; 1950.
166. KANOUI (F.). - Etat actuel de la chirurgie de l'ulcère gastro-duodéal aux Etats-Unis (d'après le rapport in Gastroenterology de novembre 1952). (VII)
Presse Méd. 61 : 40; 829-830; 1953.
167. KOURIAS (B.) (Athènes). - Ulcères gastro-jéjunaux après gastrectomie pour exclusion (étiologie, prophylaxie, traitement). (II)
Sem. Hôp. Paris 28 : 59-60; 2468-2479; 1952.

168. KOURIAS (B.). - Remarques sur l'étiologie et le traitement de l'ulcère récidivant après gastrectomie. (II)
Lyon Chir. 49 : 2; 179-190; 1954.
169. KOURIAS (B.) et SAPKAS (A.). - Sur les résultats tardifs de la gastrectomie pour ulcère gastro-duodénal. (VII)
Lyon Chir. 50 : 3; 279-289; 1955.
170. KRABEL (M.) (Bad Godesberg). - Fistules gastro-coliques. (III)
Zentralblatt F. Chir. 76 : 24a; 1725-1728; 1951.
171. KUEHLMAYER (R.). - Complications tardives fatales de la chirurgie de l'ulcère. (VII)
Arch. Klin. Chir. (Berlin) 278 : 5; 477-493; 1954.
Analyse : Surg. Gyn. Obst. -; : -; 567; 1955.
- 171 bis. LAGOUTTE. - 2 observations d'ulcère peptique du jéjunum. (I)
Lyon Chir. 21 : -; 369; 1924.
172. LAGOUTTE. - Un cas de fistule gastro-jéuno-colique. (III)
Lyon Chir. 21 : -; 372; 1924.
173. LAGOUTTE. - Deux cas d'ulcère peptique du jéjunum avec fistule colique. (III)
Lyon Chir. 22 : -; 240 et 255; 1925.
174. LAGROT (F.) et GRECO (J.). - La vagotomie dans le traitement de l'ulcère duodénal. (VIb)
Lyon Chir. 47 : 2; 187-214; 1952.
175. LAHEY (F. H.) (Boston). - Point de vue de l'emploi de la vagotomie dans le traitement des ulcères. (VIb)
The Lahey Clin. Bull. 5 : 3; 66-69; 1947.
Analyse : J. Chir. 63 : -; 593-594; 1947.
176. LAKE (N. C.). - Les suites des gastrectomies. (VII)
Brit. Méd. J. - : 4545; 285-289; 1948.
Analyse : J. Chir. 65 : -; 467; 1949.
177. LAMBLING (A.), HARDOUIN (J. P.), BONFILS (S.) et LAUMONIER (R.). - Ulcère gastrique expérimental. (VII)
Arch. Mal. App. Dig. 42 : 4; 417-451; 1953.
178. LAMBLING (A.) et GUERET (A.). - Contribution à l'étude radiologique de l'ulcère peptique post-opératoire. La valeur diagnostique des modifications de calibre de l'anse ulcérée (rétrécissements et dilatations bursiformes). (I)
Arch. Mal. App. Dig. 43 : 3; 273-284; 1954.
179. LARGHERO et CARRERA (Montevideo). - Ulcère peptique gastro-jéunal et fistule gastro-jéuno-colique. 26 observations. (I)
Arch. Uruguayos Med. Cir. y Especialidades 35 : 5-6; 405-440; 1949.
180. LARRIEU (J. E.). - Ulcère et Gastroentérostomie. La perforation stomacale après gastroentérostomie. (IV)
Thèse Bordeaux 1920. - *Rev. Chir.* 59 : 4; -; 1921
181. LAVARDE (J.). - L'opération de Dragsted. Etude critique des bases physiologiques, de la technique et des indications opératoires de la vagotomie bilatérale. (VIb)
J. Chir. 64 : 1; 25-62; 1948.
182. LAZARD (F.). - Les stomites. Etude de certaines lésions des anastomoses gastro-jéunales et du rôle des fils de suture dans leur pathogénie. (VII)
Thèse Paris 1937, N° 174, 138 p.

183. LEFEVRE (H.). - Sur 3 cas d'ulcère peptique linéaire du bord mésentérique. (II)
Mém. Acad. Chir. 73 : - ; 227-230; 1947.
184. LEFEVRE (H.). - Statistique de 1.167 gastrectomies. (VII)
Mém. Acad. Chir. 73 : - ; 230-235; 1947.
185. LE GAC (P.). - Ulcère peptique perforé; gastro-jéjunectomie d'emblée. (IV)
Mém. Acad. Chir. 70 : - ; 328-329; 1944.
186. LERICHE (R.). - A propos de l'ulcère peptique consécutif à une gastro-entérostomie. (I)
Lyon Chir. 23 : - ; 234; 1926.
187. LERICHE (R.). - A propos de 9 cas d'ulcère peptique sur bouche de gastro-entéro-anastomose. (I)
Lyon Chir. 24 : - ; 676; 1927.
188. LERICHE (R.). - Pathogénie de l'ulcère peptique post-opératoire. (I)
Rapport au XL^e Congrès Français de Chirurgie. Paris 1931. p. 137-212 (Librairie Félix Alcan).
189. LEVRAT (M.), BRETTE (R.) et RICHARD (M.). - Les ulcères gastro-duodénaux d'étiologie ou pathogénie connus chez l'homme. (VII)
Arch. Mal. App. Dig. 42 : 4; 532-562; 1954.
190. LEVY (M.), COTTENOT et CHERIGIE. - Ulcère peptique post-opératoire. Diagnostic Clinique précoce. Signes radiologiques tardifs. (I)
Arch. Mal. App. Dig. 25 : - ; 1091-1093; 1935.
191. LIBAUDE (H.) et GORDET (G.). - Un cas d'ulcère peptique après gastrectomie. (II)
Arch. Mal. App. Dig. 39 : - ; 859-863; 1950.
192. LIVATINO (R.). - Contribution à l'étude des fistules gastro-jéjunocoliques. (III)
Políclinico 53 : 11-12; 273-281; 1946.
Analyse : J. Chir. 64 : - ; 76-77; 1948.
193. LIUCIA (H.). - Les récidives d'ulcères après gastrectomie (II)
Rev. Chir. 47 : 2; 142-163; 1938.
194. LOCALIO (S. A.), STONE (P.) et HINTON (J. W.). - Gastro-jéjunocolic fistula. (III)
Surg. Gyn. Obst. 96 : 4; 455-462; 1953.
195. LOEWI (G.). - A propos de 5 observations de fistule gastro-jéjunocolique. (III)
J. Chir. 53 : 1; 30-48; 1939.
196. LOUTSCH (H.) (rapport de M. Moulonguet). - Ulcère peptique perforé. Gastrectomie d'emblée. Guérison. (IV)
Mém. Acad. Chir. 71 : - ; 438-439; 1945.
197. LOWDON (A. G. R.). - Gastro-jejuno-colic Fistula. (III)
Brit. J. Surg. 41 : 166; 113-128; 1953.
Analyse : Surg. Gyn. Obst. - : 5; 462; 1954.
198. LUQUET (G.). - Gastrectomies et ulcères peptiques. (II)
B. M. Société des Chirurgiens de Paris 38 : 5; 134-142; 1947.
199. LURJE (A.) (Moscou). - Traitement de l'ulcère gastro-jéjunal perforé par gastrectomie. (IV)
Arch. Surg. 58 : 3; 281-283; 1949.
Analyse : J. Chir. 66 : - ; 405; 1950.

200. LYALL (A.). - Perforated Peptic Ulcer : a Study of 200 Consecutive Cases. (VII)
Glasgow Med. J. 33 : 6; 201-224; 1952.
Analyse J. Chir. 69 : 6-7; 548; 1953.
201. MAGGI (A. L. C.), MEEROFF (M.) et REMOLAR (J.). (Buenos-Ayres).
 Diarrhée persistante chez un vagotomisé. (VIId)
Arch. Mal. App. Dig. : -; 680-687; 1951.
202. MALARTIC. (Toulon). - A propos de l'ulcère peptique après gastrectomie. (VII)
Marseille Chir. - : 4; 482-484; 1951.
Analyse : J. Chir. : 68 : -; 885; 1952.
203. MALLET-GUY (P.), DEVIC (P.) et RICARD (Mlle A.). - Séquelles générales de la gastrectomie pour ulcère et perturbation du volume sanguin. Efficacité du rétablissement de la masse sanguine. (VII)
Lyon Chir. 45 : 8; 913-930; 1954.
204. MANDL (F.) (Vienne). - Constatations opératoires et autopsiques après résection des vagues. (VIId)
Wiener Klin. Wochchr. 62 : 46; 857-859; 1950.
Analyse : J. Chir. 67 : -; 366-367; 1951.
205. MANHES (A.). - Contribution à l'étude des ulcères récidivants post-opératoires (ulcères peptiques post-opératoires). (I)
Thèse Lyon 1925.
206. MARINACCIO (G.). - Resezioni e reinterventi gastrici : 412 cas. *Policlinico, sez. chir.* 59 : -; 364; 1952.
Analyse : Surg. Gyn. Obst. - : 10; 357; 1953.
207. MARSHALL (S. F.) et MARKEE (R. K.). - Gastrojejunal Ulcer. (I)
Am. Surgeon 20 : 3; 248-249; 1954.
Analyse : Surg. Gyn. Obst. - : 2; 132; 1955.
208. MARTIN Jr (J. D.), GRADY (E. D.) et Mac GARTY (W. C.). - Complications de la gastrectomie partielle pour ulcère. (VII)
Am. Surgeon 19 : 7; 593-602; 1953.
Analyse : Exc. Med. p. 61; 1954.
209. MATHEWSON (San Francisco). - Colostomie préliminaire dans le traitement des fistules gastro-jéjuno-coliques. (III)
Ann. Surg. 114 : 6; 1004-1009; 1941.
Analyse : J. Chir. 62 : -; 147; 1946.
210. MERIEL (E.). - Pour ou contre la vagotomie dans l'ulcus gastrique. (VIb)
Gaz. Hôp. Paris 121 : 7; 85-89; 1948.
211. MERIGOT (L.) et PATRY (A.) (Rapport de M. S. Blondin). - Perforation d'ulcère jéjunal survenue deux mois après une gastrectomie pour ulcère gastrique antérieurement perforé. (IV)
Mèm. Acad. Chir. 72 : -; 500-501; 1946.
212. MERSHEIMER (W. L.), GLASS (G. B. J.), SPEER (F. D.), WINFIELD (J. M.) et BOYD (L. J.). - Gastric Mucin. A Clinical and Histologic Study Following Bilateral Vagotomy, Gastric Resection and the Combined Procedure.
Ann. Surg. 136 : -; 668; 1952.
Analyse : Surg. Gyn. Obst. - : 6; 545; 1953.
213. MEYER (K. A.), ROSI (P. A.) et STEIN (I. F.) (Chicago). - La vagotomie dans le traitement de l'ulcère de l'estomac. (VIb)
Surg. Gyn. Obst. 86 : 5; 524-529; 1948.
Analyse : J. Chir. 65 : -; 558; 1949.

214. MILLER (E. W.), KNIGHT (A.) et OLWIN (J. H.). - An Evaluation of 5 Years Experience with Vagotomy in the Treatment of Chronic Peptic Ulcer. (Vib)
Arch. Surg. 63 : - ; 203; 1951.
Analyse : Surg. Gyn. Obst. - : 2; 142; 1952.
215. MIZOGUTI. - Contribution clinique à la genèse de l'ulcère jéjunale peptique dit post-opératoire. Importance de l'acidité du suc gastrique. (I)
Zentralblatt F. Chir. 66 : 8; 420-427; 1939.
Analyse : Arch. Mal. App. Dig. 29 : - ; 802; 1939.
- 215 bis. MIZOGUTI. - Contribution expérimentale à l'étude de la genèse de l'ulcère jéjunale peptique dit post-opératoire et de l'importance de l'acidité du suc gastrique. (I)
Arch. F. Klin. Chir. 195 : 1; 118-135; 1939.
Analyse : Arch. Mal. App. Dig. 29 : - ; 1109; 1939.
216. MOLONEY (G.E.). - Bach to Billroth I . a Comparison of Results of Billroth 1 and 11 Operation. (VII)
Brit. Med. J. - : 4872; 1186-1189; 1954.
217. MONAHAN (D. T.). - Peptic Ulcer. (VII)
New-England Med. J. 249 : 25; 124-136; 1953.
Analyse : Surg. Gyn. Obst. - : 7; 54; 1954.
218. MONSAINGEON (A.). - La vagotomie pour ulcère. (VIb)
Sem. Hôp. Paris 24 : 11; 303-317; 1948.
219. MONTANARI (Rome). - Sur le carcinome primitif des anastomoses gastro-jéjunales. (V)
An. Ital. Chir. 23 : 10-12; 389-405; 1948.
Analyse : J. Chir. 65 : - ; 264-265; 1949.
220. MORENO-TINAJERO (M.). - Les ulcères peptiques après gastrectomie. (II)
Thèse Paris 1937.
221. MORRISSEY (D. M.) (Birmingham). - Ulcère gastrique après vagotomie. (VIe)
Brit. Med. J. - : - ; 651-655; 1950.
Analyse : J. Chir. 67 : - ; 819; 1951.
222. MOUTIER (F.) et GHELEW (B.). - Etude endoscopique de l'estomac opéré : évolution post-opératoire des lésions et lésions post-opératoires. (VII)
Arch. Mal. App. Dig. 29 : - ; 817-833; 1939.
223. MOUTIER (F.) et CORNET (A.). - Les suites graves des gastrectomies pour ulcère gastro-duodénal. (VII)
Arch. Mal. App. Dig. 39 : 12; 1209-1220; 1950.
224. NASIO (J.). - La gastroscopie dans les complications et séquelles de la gastrectomie. (VII)
VIII^e Congrès Chilien de Chirurgie : Arch. Soc. Chir. Hôp. Santiago du Chili 17 : 1; 97-162; 1947.
Analyse : J. Chir. 65 : - ; 466-467; 1949.
225. NATUSCH (H.). - Contribution à l'étude de la fistule gastro-jéjunocolique. (III)
Zentralblatt F. Chir. 79 : 27; 1140-1143; 1954.
Analyse : J. Chir. 71 : 1; 79; 1955.
Analyse : Ann. Chir. de la Sem. Hôp. Paris - : - ; 657; 1955.
226. NISSEN (R.). - Traitement actuel des ulcères gastro-duodénaux. (VII)
Deuts. Med. Wschr. 77 : 42; 1277-1281; 1952.
Analyse : Surg. Gyn. Obst. - : 6; 547; 1953.

227. NOORDIJK (J. A.). - Ulcère perforé; résultats du traitement en Hollande de 1934 à 1950. Analyse de 2.551 cas. (VII)
Arch. Chir. Néerl. 5 : 4; 262-270; 1953.
Analyse : Surg. Gyn. Obst. - : 9; 257; 1954.
228. NÖRING (O.) (Copenhague). - Effet de la gastrectomie partielle sur la sécrétion gastrique nocturne. (VII)
Acta. Chir. Scand. 100 : 3; 282-288; 1950.
Analyse : J. Chir. 68 : -; 66; 1952.
229. OBERTI (G.) (Gênes). - La dégastroentérostomie selon Biancheri dans le traitement des ulcères peptiques jéjunaux post-opératoires. (I)
Minerva Chir. 3 : 8; 303-305; 1949.
Analyse : J. Chir. 66 : -; 161; 1950.
230. OGILVIE (H.). - The Surgery of Peptic Ulceration. (VII)
Brit. Med. J. 2 : 4779; 299-304; 1952.
231. ORR, (I. M.) et JOHNSON (H. D.). - Vagotomy for Peptic Ulcer : Indications and Results. (VIb)
Brit. Med. J. - : 4640; 1316-1319; 1949.
232. PALUMBO (L. T.), PAUL (R. E.) et WESTLEY (G. T.). - Partial Gastrectomy with and without Vagus Resection in Treatment of Duodenal Ulcer. (VIc)
Arch. Surg. 64 : 6; 756-765; 1952.
Analyse : Surg. Gyn. Obst. - : 2; 136-137; 1953.
233. PALUMBO (L. T.), MAZUR (Th. T.) et DOYLE (B. J.). - Partial Gastrectomy with or without Vagus Resection for Duodenal or Marginal Ulcer. (VIc)
Surg. 36 : 6; 1043-1050; 1954.
234. PAOLUCCI (di V. R.) (Rome). - Sur 75 cas de résection gastro-duodénale pour ulcère peptique post-opératoire. (I)
Arch. Ital. Chir. 68 : 2-3; 196-199; 1946.
Analyse : J. Chir. 63 : -; 162-163; 1947.
235. PEYCELON (R.). - Ulcères peptiques après gastrectomies. (II)
Lyon Chir. 37 : -; 70-72; 1941-1942.
236. PEYCELON (R.) et PLAUCHU (M.). - Un cas curieux d'ulcère peptique. (I)
Arch. Mal. App. Dig. 40 : 5; 1243-1244; 1951.
237. PEYCELON (R.) et DUJOL (H.). - Réinterventions gastriques après perforation d'ulcère. (VII)
Lyon Chir. 48 : 7; 863-866; 1953.
238. PLENK (A.) et SCHROM (H.) (Linz). - Résultats éloignés et ulcères peptiques après résection gastrique pour exclusion. (VII)
Zentralblatt F. Chir. 76 : 24a; 1694-1697; 1951.
Analyse : J. Chir. 68 : -; 886; 1952.
239. POLLARD (H. M.), BOLT (R. J.), RANSOM (H. K.) et OREBAUGH (J. E.). Results of Surgical Treatment of Duodenal Ulcer : Comparison of Vagotomy and Subtotal Gastrectomy Five Years Post-operatively (VIc)
J.A.M.A. 150 : 15; 1476-1479; 1952.
240. POLLOCK (A. V.). - Vagotomy in the Treatment of Peptic Ulceration. Review of 1524 cas. (VIb)
Lancet 2 : 17; 795-800; 1952.
241. PONS (H.) et DADIDOVITCH. - Les résultats éloignés de la gastrectomie pour ulcère. (VII)
Arch. Mal. App. Dig. 40 : 9-10; 1081-1087; 1951.

242. PRIESTLEY (J. T.), WALTERS (W.), GRAY (H. K.) et WAUGH (J. M.).
Annual Report on Surgery of Stomach and Duodenum for 1953. (VII)
Proc. Mayo Clinic 29 : 5; 638-644; 1954.
243. PULVERTAFT (C. N.). - The Results of Partial Gastrectomy for Peptic
Ulcer. (VII)
Lancet 1 : 5; 262; 225-231; 1952.
244. PULVERTAFT (C. N.). - Problem of Peptic Ulceration. (VII)
Lancet 1 : 12; 555-560; 1953.
- 244 bis. QUENU (J.) et PERROTIN (J.). - L'ulcère peptique.
in Traité de Thérapeutique Chirurgicale Tome VI p. 631-644
Masson, éditeur. Paris 1955.
245. RAUCH (R. F.). - An Evolution of Gastric Resection for Peptic Ulcer :
Review of 893 cases. (VII)
Surg. 32 : 4; 638-653; 1952.
246. RAZEMON et VANDENDORP. - Ulcère peptique après gastrectomie insuf-
fisante. (II)
Arch. Mal. App. Dig. 35 : -; 343; 1946.
247. REMOLAR (P. M.), ALOTTO (d' V.) et VEPPO (A. J.). - Fistule gastro-
jéjuno-colique : étude clinique, radiologique et thérapeutique. (III)
Prensa Med. Argentina 33 : 39; 1960-1965; 1946.
Analyse : J. Chir. 64 : -; 76; 1948.
248. RENON (Ch.) et PERRUCHIO (P.) (Marine) (rapport de M. Bergeret.
Le traitement de l'ulcère peptique après gastrectomie, perforé en
péritoine libre. La place des larges résections gastriques d'emblée
dans la cure de l'ulcère peptique perforé après gastro-entéro-anas-
tomose. (IV)
Mém. Acad. Chir. 74 : -; 781-795; 1948.
249. RIBEIRO (E. Br.) (Sao Paulo). - A Ulcera Jejunal Posoperatoria. (I)
J. Int. Coll. Surgeons 17 : 4; 541-547; 1952.
250. RIBEIRO (E. Br.). - Algunas Consideraciones Sobre el Tratamiento
Quirurgico del Ulcus Gastro-Duodenal. (VII)
J. Int. Coll. Surgeons 19 : 3; 373-380; 1953.
251. RINDONE (G.). - L'ulcère peptique après résection gastrique. (II)
Policlinico sez. Chir. 54 : 11-12; 202-223; 1947.
Analyse J. Chir. 65 : -; 466; 1949 et *Arch. Mal. App. Dig.* 39 : -;
293; 1950.
252. RIOU (P. J.). - La perforation en péritoine libre des ulcères peptiques
jéjunaux et gastro-jéjunaux. (IV)
Thèse Paris 1937 N° 465, 110 p.
253. RITTER (A.) (Munsterlingen, Thurgovie). - A propos de la résection
d'exclusion dans les cas d'ulcères juxta-cardiaques, duodénaux et
peptiques jéjunaux post-opératoires inextirpables. (I)
Lyon Chir. 49 : 1; 96-98; 1954.
254. ROB (C.). - Recurrence of Duodenal Ulcer, Six Months after Adequate
Vagotomy. (VIe)
Lancet - : 6352; 730; 1948.
255. ROCHET (Ph.), DESJACQUES (R.) et BARDONNET (L.). - Ulcère peptique
après gastrectomie. (II)
Lyon Chir. 38 : -; 187; 1943.

256. ROSENQVIST. - Le risque d'ulcère peptique après gastro-entéro-stomose.
Nord. Med. 49 : 14; 498-501; 1953. (VII)
Analyse : Except. Med. - : -; 61; 1954.
257. ROSS (F. P.) et MEADOWS (E. C.). - The Treatment of Peptic Ulceration by Extensive Partial Gastrectomy with Gastroduodenostomy.
Surg. 32 : 2; 426-438; 1952. (VII)
258. SAMAIN (A.) (Courtrai). - Perforation en péritoine libre d'un ulcère peptique post-opératoire. (IV)
Acta Chir. Belgica 47 : 2; 133-135; 1948.
Analyse : J. Chir. 65 : -; 366; 1949.
259. SANTY (P.), MALLET-GUY (P.) et SOUSTELLE (J.). - 5 cas de localisation au bord mésentrique du jéjunum de l'ulcère peptique post-opératoire. (I)
Lyon Chir. 33 : 5; 588-593; 1936.
- 259 bis. SANTY (P.), MALLET-GUY (P.). - Fistules gastro-coliques. (III)
Presse Méd. - : -; 1235; 1937.
260. SANTY (P.) et LATARJET (M.). - Ulcère peptique après gastrectomie. (II)
Lyon Chir. 40 : -; 402-403; 1945.
261. SANTY (P.), CHATOT et CLERT. - Les conditions d'apparition de l'ulcère peptique post-opératoire. (I)
Lyon Chir. 41 : -; 138-142; 1946.
262. SANTY (P.) et DUROUX (P. E.). - L'ulcère peptique post-opératoire chez la femme. (I)
Lyon Chir. 41 : -; 101-104; 1946.
263. SANTY (P.), MARION (P.), MELEY et SCHMUCK. - Sécrétion gastrique après gastrectomie pour ulcère. (VII)
Lyon Chir. 43 : -; 60-71; 1948.
264. SARASIN (R.). - Les ulcères peptiques après gastrectomie. (II)
Gastroenterologia 79 : 2-3; 148-150; 1953.
Analyse : J. Chir. 70 : 4; 348; 1954.
265. SARLES (R.) et SARLES (H.). - Ulcère peptique après gastrectomie avec sténose de l'anse afférente et énorme dilatation duodénale. (II)
Arch. Mal. App. Dig. 39 : -; 1174-1176; 1950.
266. SAVY (P.), GUILLET (R.), BUFFARD (P.), DENIS (M.) et ROZIER. - Indications actuelles de l'opération de Dragsted d'après nos premiers résultats. Opération de Dragsted et organes digestifs. (VIb)
J. Med. Lyon 29 : 685; 491-510; 1948.
267. SCHIMORELL (H.). - Remarque sur l'implantation antecolique du jejunum au cours du Billroth 11 et sur la valeur de l'anastomose de Braun. (VII)
Zentralblatt F. Chir. 74 : 5; 519-522; 1949.
Analyse : J. Chir. 66 : -; 405; 1950.
268. SCHRAMM (W.). - Contribution à l'étude de l'étiologie de l'ulcère récidivant après les interventions gastriques. (I)
Deut. Zeit. F. Chir. 249 : 3-4; 271-279; 1937.
Analyse : Arch. Mal. App. Dig. 27 : -; -; 1938.
269. SENEQUE (J.). - Ulcère perforé en péritoine libre après gastrectomie. Suture. Récidive d'ulcère peptique. Gastrectomie large. Guérison. (IV)
Mém. Acad. Chir. 75 : -; 211-213; 1949.

270. SIAN et CLAVEL (Ch.). - Formes hémorragiques de l'ulcère peptique post-opératoire gastro-jéjunal. (I)
Thèse Lyon 1934.
Rev. Chir. 71 : - ; 207-214; 1933.
271. SKOOGSMITH (A. W.), JASPIN (G.), SULLEMAN (J. V.) (New-York).
Gastro-Jejuno-Colic Fistula. (III)
Surg. Gyn. Obst. 91 : 4; 447-454; 1950.
Analyse : J. Chir. 67 : - ; 901-902; 1951.
272. SMIDT (C. M.) (Naevsted). - Une observation de fistule gastro-jéjunocolique. (III)
Nord. Med. : 23 : 36; 1601-1602; 1944.
Analyse : J. Chir. 62 : - ; 470; 1946.
273. SMITH (F. H.), BOLES (R. S.), JORDAN (S. M.). - Problem of the Gastric Ulcer. Reviewed. (VII)
J.A.M.A. 153 : 17; 1505-1508; 1953.
274. SMITHWICK (R. H.) et KNAISEL (J. J.). - The Effect of Resection of the Sympathetic and Parasympathetic Innervation of the Stomach upon Gastric Acidity. (VIa)
Gastroenterology 17 : 6; 439-458; 1950.
Analyse : Arch. Mal. App. Dig. 41 : - ; 137; 1952.
275. SOUPAULT (R.). - Quadruple récidence d'une perforation d'ulcère de l'estomac : 2 sutures, 1 suture avec gastro-entéro-anastomose, une gastrectomie. Guérison. (IV)
Arch. Mal. App. Dig. 34 : - ; 203; 1944.
276. STEIN JR (I. F.), GROSSMANN (M. J.), MEYER (K. A.), IVY (A. C.).
Physiologic Rationale for the Surgical Treatment of Peptic Ulcer. (VIc)
Surg. Gyn. Obst. 92 : 1; 110-112; 1951.
277. STEIN JR (I. F.) et MEYER (K. A.). - Studies on Vagotomy in the Treatment of Peptic Ulcer. (VIb)
Surg. Gyn. Obst. 93 : 5; 625-635; 1951.
278. STEINBERG (M. E.) (Portland). - Réintervention pour ulcère peptique. (I)
Surg. Gyn. Obst. 84 : 6; 1029-1037; 1947.
Analyse : J. Chir. 65 : - ; 263-264; 1949.
279. STEINBERG (M.E.). - Gastrectomies pour ulcères gastro-duodénaux. (VII)
Gastroenterology 15 : 6; 484-501; 1948.
Analyse : Arch. Mal. App. Dig. 38 : - ; 302; 1949.
280. STEMPIEN (S. J.), WILKINS (F. B.) et WEINBERG (J. A.). - Selection of Duodenal Ulcer Patients for Vagotomy. (VIh)
J.A.M.A. 149 : 5; 416-418; 1952.
281. STEMPIEN (S. J.) et WEINBERG (J. A.). - Recurrence of Ulcer after Vagotomy. (VIe)
J.A.M.A. 152 : 17; 1953-1955; 1953.
282. STEVENS (G. A.) et KIPEN (C. S.). - Surgical Treatment of Gastro-Jejunal Ulcer. (I)
J.A.M.A. 143 : 13; 1138-1135; 1950.
283. STONE (Ch. T.). - The Nature of the Peptic Ulcer Problem. (VII)
J.A.M.A. 150 : 17; 1655-1660; 1952.
284. STRAUSS (A. A.), STRAUSS (S. F.), SCHWARTZ (A. H.), KRAM (D. D.) et MASUR (W. W.). - Results of Subtotal Gastrectomy for Gastric and Duodenal Ulcers since 1917. (VII)
J.A.M.A. 149 : 12; 1095-1101; 1952.

285. SUERMONDD (W. F.). - L'ulcère peptique post-opératoire et son traitement. (I)
Acta Gastroenterologica Belgica 9 : 7; 385-386; 1946.
Analyse : *Arch. Mal. App. Dig.* 35 : -; 368; 1946.
286. SZELEEZKY (Budapest). - Sur la perforation d'un ulcère peptique en péritoine libre. (IV)
Zentralblatt F. Chir. 78 : 49; 2068-2071; 1953.
Analyse : *J. Chir.* 70 : 6-7; 523; 1954.
287. TAVERNIER. - Ulcère peptique au niveau d'une gastro-entéro-anastomose compliquée d'hématémèse et de sphacèle du colon transverse. (I)
Lyon Chir. 20 : -; 625; 1923.
288. TAVERNIER. - Discussion à propos de la communication de M. Lagoutte. (I)
Lyon Chir. 21 : -; 372; 1924.
289. TEXTER (E.) et BARBORKA (C.). - Le traitement chirurgical de l'ulcère. (VII)
The Surg. Clin. North America (Philadelphie) 34 : 1; 87-94; 1954.
Analyse : *Ann. de Chir. de Sem. Hôp. Paris* : p. 470; 1955.
290. THOMAS et PETERS (O.) (St-Louis). - Perforation d'un ulcère duodénal après résection du vague. (VIe)
Gastroenterology 12 : 5; 890-892; 1948.
Analyse : *Arch. Mal. App. Dig.* 40 : 9-10; 1127; 1951.
291. THOREK (P.) (Chicago). - La vagotomie dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux. (VIb)
A.M.A. 135 : 17; 1141-1145; 1947.
Analyse : *J. Chir.* 65 : -; 687; 1949.
- 291 bis. TIERNY (A.). - Ulcus jéjunal post-opératoire. Traitement des fistules gastro-coliques. (III)
Thèse Paris 1925.
292. TOUTIRATS (J.). - Sténose du duodénum et ulcère peptique. (I)
Thèse Paris 1937, N° 239, 65 p.
293. TROELL (L.). - The Billroth 11 Resection for Gastric en Duodenal Ulcer; Immediate and Late Results. (VII)
Acta Chir. Scand. 108 : 25; -; 1954.
Analyse : *Surg. Gyn. Obst.* - : 6; 566; 1955.
294. UEBERMUTH (H.) (Leipzig). - Problèmes chirurgicaux après résection gastrique. (VII)
Zentralblatt F. Chir. 76 : 6; 368-380; 1951.
Analyse : *J. Chir.* 68 : -; 64-65; 1952.
295. UFFREDUZZI (O.). - Considérations sur l'ulcère peptique post-anastomotique avec relation de 30 cas. (I)
J. Int. de Chir. - : 4; 431-457; 1936.
296. VANDENDORP (F.) et BONTE (G.). L'ulcère peptique après gastrectomie. Diagnostic radiologique. (II)
Arch. Mal. App. Dig. 36 : -; 558-569; 1947.
297. VERHAEGUE (M.) et LAGACHE (G.) (Lille). - L'ulcère peptique après gastrectomie. Traitement chirurgical. (II)
Arch. Mal. App. Dig. 36 : -; 570-579; 1947.
298. VERNE (J. M.). - Faut-il croire à la grande pitié des gastrectomisés ? (VII)
Sem. Hôp. Paris 28 : 39; 1649-1653; 1952.

299. VERNEJOUL (de R.) (rapport de M. d'Allaines). - Ulcère peptique après gastrectomie très large. Gastrectomie totale. (II)
Mém. Acad. Chir. 72 : - ; 429-433; 1946.
300. VERNEJOUL (de R.). - Ulcères peptiques après gastrectomie. (II)
Arch. Mal. App. Dig. 40 : 6; 806-808; 1951.
301. VERNEJOUL (de R.). - Ulcères peptiques après gastrectomie. (II)
Marseille Chir. 3 : 4; 470-481; 1951.
Analyse : J. Chir. 68 : - ; 885; 1952.
302. VIALLARON. - Echecs tardifs des interventions palliatives pour ulcères perforés (arguments pour la gastrectomie d'urgence). (VII)
Thèse Lyon 1946.
303. VINCENT. - Ulcère peptique après gastroentérostomie pour estomac biloculaire chez une femme. (I)
Lyon Chir. 43 : - ; 335; 1948.
304. WALLENSTEIN (St.) et GÖTHMANN (L.) (Suède). - An Evaluation of the Billroth 1 operation for Peptic Ulcer. (VII)
Surgery 33 : 1; 1-27; 1953.
305. WALTERS (W.), LEWIS (E. B.) et LEMON (R. G.). - Gastrectomie partielle primitive type Polya pour ulcère duodénal. Résultats de 212 cas. (VII)
Surg. Gyn. Obst. 71 : 2; 240-243; 1940.
Analyse : Arch. Mal. App. Dig. 32 : - ; 107; 1943.
306. WALTERS (W.), BRADLEY (W. F.), NEIBLING (H. A.), SMALL (J. T.) et WILSON (J. W.). - Gastric Neurectomy for Gastric and Duodenal Ulceration. An Anatomic and Clinical Study. (VIb)
Ann. Surg. 126 : 1; 1-18; 1947.
307. WALTERS (W.), GRAY (H. K.), PRIESTLEY (J. J.) et WAUGH (J. M.). - Annual Report on Surgery of Stomach and Duodenum for 1949. (VII)
Proc. Mayo. Clinic 25 : 20; 571-583; 1950.
Analyse : J. Chir. 68 : - ; 378; 1952.
308. WALTERS (W.) et BELDING (H. H. III) (Rochester). - Physiological Effects of Vagotomy. A Study of 331 Patients. (VIa)
J.A.M.A. 145 : 9; 607-613; 1951.
309. WALTERS (W.), BELDING (H. H. III), LILLIE. - Vagotomie Gastrique. (VIb)
Lyon Chir. 46 : - ; 775; - ; 1951.
310. WALTERS (W.), BELDING (H. H. III) et SMITH (M. K.). - Comparaison des résultats de la vagotomie gastrique de notre statistique personnelle et celle des rapports à l'association américaine de gastro-entérologie. (VIb)
Gastroenterology 19 : 4; 623-643; 1951.
Analyse : J. Chir. 69; 10; 796; 1953.
311. WALTERS (W.), PRIESTLEY (J. T.) et BELDING (H. H. III). - Vagotomy in the Treatment of Gastrojejunal Ulceration. A post-operative Clinical Laboratory Study. (VIa)
J.A.M.A. 148 : 10; 803-808; 1952.
312. WALTERS (W.) et CHANCE (D. P.). - Vagotomy as a Prophylactic and Curative Procedure in Peptic Ulcer. (VIb)
J.A.M.A. 153 : 11; 993-997; 1953.
313. WALTERS (W.), CHANCE (D. P.) et BERKSON (J.). - A comparison of Vagotomy and Gastric Resection for Gastrojejunal Ulceration : a Follow-up Study of 301 Cases. (VIa)
Surg. Gyn. Obst. 100 : 1; 1-10; 1955.

314. WANKE (R.) et ALNOS (P.). - Sur l'ulcère peptique jéjunal post-opératoire. (I)
Zentralblatt F. Chir. 75 : 17; 1157-1169; 1950.
Analyse : J. Chir. 67 : -; 370-371, 1951.
315. WEBER (G.), GOLDBLUM et GREGG (Pittsburg). - Ulcère gastrique après vagotomie. (VIe)
Gastroenterology 16 : 2; 495; 1950.
Analyse : J. Chir. 68 : -; 145; 1952.
316. WEINSTEIN (V. A.), HOLLANDER (F.), LAUBER (F. U.) et COLP (R.). - Correlation of Insulin Tests Studies and Clinical Results in a series of Peptic Ulcer Cases Treated by Vagotomy. (VIId)
Gastroenterology 14 : 2; 214-227; 1950.
Analyse : Arch. Mal. App. Dig. 39 : -; 1205-1206; 1950.
317. WEINSTEIN (V. A.) et COLP (R.). - Gastrojejunal Ulcer. (I)
Surg. 32 : 1; 96-106; 1952.
318. WEINSTEIN (V. A.), DRUCKERMAN (L. J.), LYONS (A. S.) et COLP (R.). - Gastroenterostomy and Vagotomy in the Treatment of Duodenal Ulcer. (VIc)
Surg. 141 : 4; 482-487; 1955.
319. WELLS (B. W.). - Result of Vagotomy in Treatment of Anastomotic Ulcer. (VIa)
Lancet 266 : 6812; 598-599; 1954.
320. WELLS (Ch. A.) et WELBOURN (R.). - Post-Gastrectomy Syndromes : a Study in Applied Physiology. (VII)
Brit. Nord. J. - : 4706; 546-553; 1951.
321. WELLS (Ch. A.) et Mac PHEE (I. W.). - The Afferent-loop Syndrome : Biliary Regurgitation after Subtotal Gastrectomy and its Relief. (VII)
Lancet 2 : 25; 1189-1193; 1952.
322. WELLS (Ch. A.) et Mac PHEE (I. W.). - Partial Gastrectomy : Ten Years Later. (VII)
Brit. Med. J. - : 4897; 1128-1132; 1954.
323. WERTHEIMER (P.), GUILLET (R.) et BARRIE (J.). - La double vagotomie dans les ulcères gastro-duodénaux. Opération de Dragsted. (VIb)
Lyon Chir. 42 : 3; 257-264; 1947.
324. WILKINS (F.B.) et WEINBERG (J.A.) (Van Nuys, Californie). - Accidents opératoires au cours de 325 vagotomies. (VIId)
Arch. Surg. 60 : 6; 1051-1054; 1950.
Analyse : J. Chir. 67 : -; 278-279; 1951.
325. WILLEMS (E.), OMEZ (Y.) et CORNAERI (Roubaix). - Ulcère peptique après gastrectomie avec conservation du bulbe. (II)
Arch. Mal. App. Dig. 38 : -; 995; 1949.
326. WILLMANS (R.) (Gaddebaum). - Remarque sur l'article intitulé : « Sur l'ulcère peptique incurable et ses rapports avec le segment d'antre restant » de Fromme. (I)
Zentralblatt F. Chir. 74 : 14; 1237-1238; 1949.
Analyse : J. Chir. 66 : -; 807; 1950.
327. WINKELSTEIN (A.). - Rapport de l'acidité gastrique avec l'ulcère peptique après gastrectomie partielle. (II)
J. Int. Coll. Surgeons 8 : -; 539-543; 1945.

328. WOHLWILL et CARMIRO de MOURO (A.). - Sarcome de la bouche anastomotique de gastro-entérostomose.
Lisboa Med. 23 : 5-6; 189-207; 1946.
Analyse : *J. Chir.* 64 : -; 77; 1948. (V)
329. WOLF (St.) et de WITT (A. W.). - L'effet de la vagotomie sur la fonction gastrique.
Gastroenterology 8 : 4; 429-434; 1947.
Analyse : *Arch. Mal. App. Dig.* 38 : -; 308; 1949. (VIId)
330. X.... - Surgical Aspects of Peptic Ulcer.
J.A.M.A. 152 : 13; 1236-1237; 1953 et 151 : 17; 1492-1493; 1953. (VII)
331. YAZLLE (F.) et SAIGG (E.). - Fistule gastro-jéjuno-colique après gastrectomie.
Prensa Med. Argentina 37 : 3; 132-139; 1950.
Analyse : *J. Chir.* 67 : -; 187; 1951. (III)

2°) LISTE DES PUBLICATIONS CLASSEES SELON LE SUJET
QU'ELLES DEVELOPPENT OU POUR LEQUEL ELLES ONT
ETE PLUS PARTICULIEREMENT CONSULTEES.

I. - ULCERES RECIDIVANTS POST-OPERATOIRES EN GENERAL.

1921 : 114	1927 : 187	1936 : 131, 129, 139, 259, 295
1923 : 287	1929 : 60, 145	1937 : 79, 268, 292
1924 : 171 bis, 288	1931 : 128, 188	1938 : 29, 83
1925 : 76, 205	1933 : 23, 270	1939 : 105, 215, 215 bis
1926 : 186	1935 : 190	
1941 : 109	261, 262, 285	1949 : 112, 172, 229, 326
1944 : 13	1947 : 17, 278	
1946 : 19, 74, 86, 124, 134,	1948 : 49, 52, 303	
1950 : 4, 37, 119, 165, 282, 314	1952 : 36, 44, 91, 125, 249, 317	1954 : 160, 178, 207, 253
1951 : 16, 25, 101, 117, 236	1953 : 38	1955 : 244 bis

II. - ULCERES RECIDIVANTS APRES GASTRECTOMIES.

1930 : 78	1943 : 255	1947 : 1, 9, 32, 33, 46, 71,
1937 : 220	1945 : 14, 30, 84, 99, 260, 327	183, 198, 251, 296, 297
1938 : 193	1946 : 31, 42, 48, 73, 82, 147,	1948 : 50, 58
1942 : 235	161, 246, 299	
1949 : 325	1951 : 97, 300, 301	1953 : 264
1950 : 191, 265	1952 : 127, 141, 167	1954 : 53, 168

III. - FISTULES GASTRO-JEJUNO-COLIQUES.

1924 : 172	1941 : 209	1947 : 62
1925 : 77, 173, 291 bis	1943 : 8	1949 : 15, 152, 159
1937 : 259 bis	1944 : 272	
1939 : 195	1946 : 164, 192, 247	
1950 : 123, 148, 149, 271, 331	1953 : 10, 194, 197	1954 : 225
1951 : 170		

IV. - ULCERES RECIDIVANTS POST-OPERATOIRES PERFORES

1920 : 180	1940 : 150	1947 : 18
1932 : 26 bis	1944 : 185, 275	1948 : 248, 258
1937 : 252	1945 : 132, 196	1949 : 199, 269
1939 : 85	1946 : 20, 61, 211	1953 : 286

V. - ULCERES RECIDIVANTS CANCERISES.

1946 : 328	1948 : 219	1950 : 68 bis
------------	------------	---------------

VI. - LA VAGOTOMIE DANS LE TRAITEMENT DE L'ULCERE.

a) La vagotomie, traitement de l'ulcère récidivant post-opératoire :

1947 : 72	1951 : 27, 98	1954 : 319
1948 : 26, 137	1952 : 311	1955 : 313
1949 : 111	1953 : 102	

b) La vagotomie, traitement de l'ulcère gastro-duodénal.

1947 : 175, 251, 306, 323	1950 : 134	1952 : 39, 135, 174, 240, 280
1948 : 7, 28, 63, 181, 210,	1951 : 6, 90, 214, 277, 309,	1953 : 138, 140, 142, 156, 312
213, 218, 266	310	1954 : 93
1949 : 35, 231		

c) Comparaison entre les résultats de la gastrectomie et de la vagotomie dans le traitement de l'ulcère gastro-duodénal. Association de la vagotomie à la gastroentéro-anastomose, à la gastrectomie ou à d'autres interventions nerveuses.

1951 : 104, 146, 276	1953 : 11, 95, 113	1955 : 54, 318
1952 : 65, 66, 153, 232, 239	1954 : 233	

d) Bases physiologiques de la vagotomie, expérimentation animale et clinique.

1947 : 329	1949 : 21, 64	1951 : 308
1948 : 70, 96	1950 : 201, 204, 274, 316, 324	1953 : 5

e) Récidive d'ulcère après vagotomie.

1948 : 254, 290	1950 : 221, 315	1953 : 281
1949 : 88		

VII. - ARTICLES CONCERNANT L'ULCERE GASTRO-DUODENAL, SON TRAITEMENT CHIRURGICAL ET LES RESULTATS DE CE DERNIER.

A) Etiologie, pathogénie et expérimentation.

1932 : 108	1951 : 80, 118	1954 : 87, 189
1948 : 34, 263	1952 : 212	1955 : 94
1950 : 69, 228	1953 : 45, 68, 92, 177	

B) Comparaison statistique de l'ulcère récidivant après gastro-entéro-anastomose et gastrectomie.

1936 : 143	1949 : 155	1953 : 133, 217, 256
1946 : 40	1952 : 206	1954 : 242

C) Résultats de la gastrectomie pour ulcères; examens spéciaux après gastrectomie, syndromes post-opératoires (gastrectomies ou gastro-entéro-anastomose) autres que l'ulcère récidivant.

1934 : 55	1948 : 158, 176, 279	245, 284, 298, 321
1937 : 182	1949 : 307	1953 : 22, 24, 47, 144, 208,
1939 : 222	1950 : 59, 121, 223	273, 304
1940 : 305	1951 : 41, 43, 89, 103, 116,	1954 : 203, 216, 293, 322
1946 : 122	238, 241, 320	1955 : 169, 171
1947 : 184, 224	1952 : 2, 51, 151, 202, 243,	

D) Résultats du traitement chirurgical de la perforation ulcéreuse.

1946 : 302
1948 : 67

1952 : 200

1953 : 53 bis, 115, 227, 237

E) Traitement actuel et problèmes thérapeutiques de l'ulcère gastro-duodéal.

1949 : 267

1950 : 56, 106

1951 : 12, 294

1952 : 57, 107, 120, 126, 163, 330

226, 230, 257, 283

1953 : 3, 454, 162, 166, 244.

1954 : 75, 110, 130, 250, 287

1955 : 81, 100, 136, 157

3") LISTE GENERALE DES AUTEURS

ABADIE (J.) 1
ACQUATI (A.) 2
ALBOT (G.) 3
ALDINO 4
ALEXANDER (J. W.) 5

ALLAINES (d') 6
ALNOS (P.) 314
ALOTTO (d' V.) 247
ALVAREZ (W. C.) 7

APPELMANS (R.) 122
ARNOUS 139
ATWATER (J. S.) 8
AUGUSTE (Ch.) 9

BACHER (K. R.) 10
BALTZ (J. I.) 11
BANCROFT (F. W.) 12
BANZET (P.) 6 13 14
BÄRBIER (J. M.) 53
BARBORKA (C.) 289
BARDONNET (L.) 255
BARKER (R. F.) 15
BARRAYA (L.) 16 17 18 32
BARRIE (J.) 137
BARSON (J.) 11
BASSO (R.) 19
BASTIEN (P.) 20
BAYLIS (G. J.) 134
BEATTIE (A. D.) 21
BECQUET (R.) 64

BELDING (H. H. III) 308,
309, 310, 311
BELL (L. G.) 22
BENEDICT (E. B.) 23
BERGER (H.) 24
BERKSON (J.) 313
BERTRAND (P.) 25, 26, 26 bis
BIANCHETTI (C. F.) 27
BLIXENKRONE 28
BLOCH (J. Ch.) 29
BLONDIN (S.) 30, 31, 32, 33
BOEREMA (I.) 34
BOLES (R. S.) 273
BOLLER (R.) 35, 36
BOLT (R. J.) 239
BONFILS (S.) 177

BONTE (G.) 296
BORSOTTI (P. C.) 37
BOULIN 98
BOYD (L. J.) 212
BRADLEY (W. F.) 306
BRACCO (L.) 38
BRECHET 78
BRETON (M.) 31
BRETTE (R.) 189
BROOKS (J. R.) 39
BROWN (Ch. H.) 153
BRUNSGAARD (Ch.) 40
BUFFARD 137, 138, 266, 323
BUTLER (T. J.) 41, 43
BUTT (H. R.) 8

CAMES (O. J.) 42
CAMP (E. H.) 88
CAPPER (W. M.) 41, 43
CARMIRO de MOURO (A.)
328
CAROLI 29
CARRERA 179
CARVALHO (M.) 44
CASTELLO (L.) 27
CATTAN (R.) 45
CHABANON (R.) 116
CHABRUT 46
CHANCE (D. P.) 312, 313
CHAPUY (A.) 75
CHARLES (R.) 47

CHARRIER (J.) 48, 49, 50,
51, 129
CHATOT 261
CHAUDIRON 52
CHENE (P.) 33
CHERIGIE 152, 190
CHEVILLOTTE (R.) 68 bis
CLAVEL (Ch.) 53, 53 bis,
270
CLERT 261
COFFEY (R. J.) 54
COLLET (M.) 55
COLP (R.) 56, 95, 316, 317,
318
CONNELL (F. G.) 57

CORAJOD 58
CORNAERI 325
CORNET (A.) 223
CORNETTE de St CYR 31
COSTANTINI 59
COTTE (G.) 60
COTTENOT 190
COUINOT I
COURTY (L.) 61, 62, 63, 64
CREYSSSEL (J.) 25, 76
CRILE Jr (G.) 65 153

DADIDOVITCH 241
DAILEY (U. G.) 66
DARGENT (M.) 67

DEBRAY (Ch.) 3, 68, 68 bis, 72, 73, 74
69
DELAVALT (J.) 69
DELANNOY (E.) 6, 70, 71, DELORE (P.) 75

- DELORE (X.) 76, 77, 78, 79
DELOYERS (L.) 80, 81
DEMIRLEAU (J.) 82
DEMOLE (M.) 83
DENIS (M.) 266
DESJACQUES (R.) 84, 85, 255
DESPLAS (B.) 86
- DETRIE (P.) 87
DEVIC (G.) 203
DEXTER (D. H.) 140
DOYLE (B. J.) 233
DRAGSTED 6, 88, 89, 90, 91
92
DRUCKERMAN (L. J.) 318, 93, 94, 95
- DUBARRY (Et.) 96
DUBARRY (J. J.) 96, 97, 98
DUBOURG (G.) 96
DUJOL (H.) 237
DUMERY 99
DUPUY (R.) 100
DUROUX (P. E.) 262
- ERDELY (J.) 101
- ERFORS (C. G.) 102
- EVANS (S. O.) 94
- FALLA (L.) 103
FALLIS (L. S.) 11
FARMER (D. A.) 104
FEIT (R.) 93
FINSTERER (H.) 105, 106, 107
- FONTAINE 108, 109
FORSTER (E.) 109
FOTI (M.) 110
FRIEDRICH 110
FRITZ (J. M.) 88
FROELICH (F.) 32, 111
- GABRIELLE (H.) 79
GALVAO (L.) 113
GARMENDIA (R.) 103
GAUDEFROY (M.) 61, 62, 63
GELAS 114
GHELEW 222
GILMOUR 115
GIRARD (M.) 116, 117
GLASS (G. B. J.) 212
GLAZEBROOCK (A. J.) 118
GLENN (F.) 119, 120
GOFFIN (R.) 121
GOIDSENHOVEN Van (F.) 122
- GOLD (E.) 123
GOLDBLUM 315
GONCALVES-LOFORTE 124
GONZALES-BUENO (C.) 125
GORDET (G.) 126, 127, 191
GORDET (A. Mme) 127
GOSSET (A.) 128, 129
GOSSET (J. R.) 130
GOTSMANN (L.) 304
GOULLIOUD 131
GOYON (M.) 160
GRADY (E. D.) 208
GRASSI 132
GRAY (H. K.) 133, 242, 307
GRECO (J.) 174
- GREGG 315
GRENET (H.) 98
GRIMSON (K. S.) 134, 135
GROSSMAN (M. I.) 276
GUENIN (P.) 136
GUERET (A.) 178
GUILLET (R.) 137, 138, 266
GUTMANN (R. A.) 50, 139, 323
GUY (C. C.) 140
- HABERER (Von H.) 141
HAND (B. H.) 142
HARDUIN (J. P.) 68, 177
HARMS (E.) 143
HARRISON (O. S.) 120
HARVEY (H. D.) 144
HAYON 145
- HEALY (M. J.) 146
HELLMANN (S. J.) 146
HENDRICKX (M.) 122
HEPP (J.) 147, 148, 149, 152
HERBERT 150
HILLEMANN (P.) 151, 152
HILLEMANN (B.) 151
- HINTON (J. W.) 157, 194
HOERR (St O.) 153
HOFFMANN (V.) 154
HOLLANDER (F.) 163, 316
HOWE (C. W.) 104
HUBER (P.) 155
HUTTER (F. H. D.) 156
- IMPARATO (A. M.) 157
IRVINE (W. T.) 158
- ISAACS (B.) 159
- IVY (A. C.) 276
- JASPIN (G.) 271
JAUBERT de BEAUJEU (M.) 67, 160
- JEAN 161
JOHNSON (H. D.) 162, 231
JOOSSENS (J. V.) 122
- JORDAN (S. M.) 163, 273
JOYCE (T. M.) 164
JOYEUX (R.) 165
- KANOUI (F.) 166
KEENOY (J. J.) 22
KIPEN (C. S.) 282
KLINGENSTEIN (P.) 95
- KNAISEL (J. J.) 274
KNIGHT (A.) 214
KOURIAS (B.) 167, 168, 169
KRABEL (M.) 170
- KRAN (D. D.) 284
KUEHLMAYER 171
KUNLIN 108

- LAGACHE (G.) 71, 297
LAGOUTTE 171 bis, 172, 173
LAGRANGE (J.) 148, 149
LAGROT (F.) 6, 174
LAHEY 175
LAKE (N. C.) 176
LAMBLING (A.) 177, 178
LANGERON (P.) 64
LARGHERO (P.) 179
LARRIEU (J. E.) 180
LATARJET (M.) 260
LAUBERT (F. U.) 316
LAUMONIER (R.) 69, 177
- Mac GARITY (W. C.) 208
Mac PHEE (I. W.) 321, 322
MAFFEI (L. D.) 151
MAGGI (A. L. C.) 201
MAILLET 67
MALARTIC 202
MALLET-GUY (P.) 203, 259
259 bis
MANDL (F.) 204
MANHES (A.) 205
MARCHAL 165
MARINACCIO (G.) 206
MARION (P.) 263
MARKEE 207
MARMIER 3
MARSHALL (F.) 207
- NASIO (J.) 224
NATUSCH (H.) 225
- OBERHELMAN Jr (H. A.)
89, 91, 94
OBERTI (G.) 229
- PALUMBO (L. T.) 232, 233
PAOLUCCI di (V. R.) 234
PARIS (J.) 9
PATEY (D. H.) 142
PATRY (A.) 211
PAUL (R. E.) 232
PÉLET (J.) 121
PERROTIN (J.) 244 bis
- QUENU (J.) 244 bis
- RANSOM (H. K.) 239
RAUCH (R. F.) 245
RAZEMON 246
RENONDI 4
REISSIGL (H.) 24
REMOLAR (J.) 201
REMOLAR (P. M.) 247
- LAVARDE (J.) 181
LAZARD (E. J.) 182
LAZARO (E. J.) 54
LEFEVRE (H.) 183, 184
LE GAC (P.) 185
LEMON (R. G.) 305
LERICHE (R.) 186, 187, 188
LEVRAT (M.) 189
LEVY (M.) 190
LEWIS (E. B.) 305
LIBAUDE (H.) 191
LILLIE 309
LINBERG (E. J.) 134
- MARTIN (E.) 26 bis
MARTIN Jr (J. D.) 208
MASUR (W. W.) 284
MATEER (J. G.) 11
MATHEWSON 209
MAZUR (Th. T.) 233
MEADOWS (E. C.) 257
MEEROFF (M.) 201
MELEY 263
MENEALT 85
MERENDINO (K. A.) 5
MERIEL (E.) 210
MERIGOT (L.) 211
MERSHEIMER (W. L.) 212
MEYER (K. A.) 213, 276, 277
MICHAUD 67
- NEIBLING (H. A.) 306
NISSIN (R.) 226
- OGILVIE (H.) 230
OLWIN (J. H.) 214
OMEZ (Y.) 325
- PERRUCHIO (P.) 248
PETERS (O.) 290
PEYCELON (R.) 235, 236,
237
PIETRI 59
PLAUCHU (M.) 236
PLENK (A.) 238
POLLARD (H. M.) 239
- RENON (Ch.) 248
RIBEIRO (E. BR.) 249, 250
RICARD (A. Mlle) 203
RICHARD (M.) 189
RIGLER (S. P.) 94
RINDONE (G.) 251
RINGOT (A.) 160
- RIOU (P. J.) 252
RITTER (A.) 253
ROB (C.) 254
ROCHET (Ph.) 255
ROSENBLATT (M. S.) 164
ROSENQVIST 256
ROSI (P. A.) 213
- LIUCIA (H.) 193
LIVATINO (R.) 192
LOCALIO (S. A.) 194
LOEWI 195
LORTAT-JACOB (J. L.) 31
LOUTSCH (H.) 196
LOWDON (A. G. R.) 197
LOYGUE (J.) 51
LUQUET (G.) 198
LURJE (A.) 199
LYALL (A.) 200
LYONS (A. S.) 318
- MILLER (E. W.) 214
MIZOGUTI 215, 215 bis
MOELLER 28
MOLONEY (G. E.) 216
MONAHAN (D. T.) 217
MONSAINGEON (A.) 218
MONTANARI (G.) 219
MONTBARBON (J. F.) 117
MONTEL 84
MOORE (F. D.) 39
MORENO-TINAJERO (M.)
220
MORRISSEY (D. M.) 221
MOURGUES de (G.) 26
MOURIER (F.) 222, 223
- NOORDIJK (J. A.) 227
NORING (O.) 228
- OREBAUGH (J. E.) 239
ORR (I. M.) 162, 231
- POLLOCK (A. V.) 240
POLONY 51
PONS (H.) 241
PORELL (W. J.) 104
PRIESTLEY (J. T.) 8, 133, 242
PULVERTAFT (C. N.) 307,
311, 243, 244

- ROSS (F. P.) 257
 ROUSSELET 69
 ROUX (M.) 3, 6, 68 bis
 ROWE (C. R.) 135
- ROWLANDS (B.) 47
 ROZAN 26 bis
 ROZIER 266
- RUFFIN (J. M.) 163
 RUMSEY (E. W.) 153
 RUNDLES (R. W.) 134
- SAIGG (E.) 331
 SAINT JOHN (F. B.) 144
 SAMAIN (A.) 258
 SANTY (P.) 6, 259, 259 bis,
 260, 261, 262, 263
 SAPKAS (A.) 169
 SARASIN (R.) 83, 264
 SARLES (R.) 265
 SARLES (H.) 265
 SAUER (P. K.) 146
 SAVY (P.) 266
 SCHMORELL (H.) 267
 SCHMUCK 263
 SCHRAMM (W.) 268
 SCHROM (H.) 238
- SCHWARTZ (A. H.) 284
 SEGAL (S.) 68 bis
 SENEQUE (J.) 269
 SHERER (B. D.) 22
 SIAN 270
 SIMON (A.) 33
 SKOOGSMITH (A. W.) 271
 SMALL (J. T.) 306
 SMIDT (C. M.) 272
 SMITH (C. A.) 91
 SMITH (F. H.) 273
 SMITH (M. K.) 310
 SMITHWICK (R. H.) 104,
 274
 SOUPAULT (R.) 275
- SOUSTELLE 259
 SPEER (F. D.) 212
 STAESSEN (A.) 122
 STEIN Jr (I. F.) 213, 276,
 277
 STEINBERG (M. E.) 278, 279
 STEMPIEN (S. J.) 280, 281
 STEVENS (G. A.) 282
 STONE (P.) 194
 STONE (Ch. T.) 283
 STRAUSS (A. A.) 284
 STRAUSS (S. F.) 284
 SUERMONDD (W. F.) 285
 SULLIVAN (J. V.) 271
 SZELEEZY 286
- TAVERNIER 287, 288
 TAYLOR (H. M.) 134, 135
 TEXTER (E.) 289
- THALY (H.) 127
 THOMAS 290
 THOREK (P.) 291
- TIERNY (A.) 291 bis
 TOUTIRAIS (J.) 292
 TROELL (L.) 293
- UEBERMUTH 294
- UFFREDUZZI (O.) 295
- VALLIN (J.) 100
 VANDENDORP (F.) 246, 296
 VEPPO (A. J.) 247
 VERHAEGUE (M.) 71 297
- VERNE (J. M.) 298
 VERNEJOL de (R.) 299,
 300, 301
 VIALLARON 302
- VINCENT 303
 VOLK (H.) 144
 VUYLSTEKE (Ch.) 122
- WALLENSTEIN (St.) 304
 WALTERS (W.) 133, 242,
 305, 306, 307, 308, 309,
 310, 311, 312, 313
 WANKE (R.) 314
 WAUGH (J. M.) 133, 242,
 307
 WEBER (G.) 315
 WEINBERG (J. A.) 280, 281,
 324
- WEINSTEIN (V. A.) 95, 316,
 317, 318
 WELBOURN (R.) 320
 WELLS (B. W.) 319
 WELLS (Ch. A.) 320, 321,
 322
 WERELIUS (C. Y.) 140
 WERTHEIMER (P.) 323
 WESTLEY (G. T.) 232
 WILKINS (F. B.) 280, 324
- WILLENS (E.) 325
 WILLMANN (R.) 326
 WILSON (J. W.) 306
 WINFIELD (J. M.) 212
 WINKELSTEIN (A.) 327
 WITT de (A. W.) 329
 WOHLWILL 328
 WOLF (St) 329
 WOODWARD (E. R.) 89, 90
- X... in J. A. M. A. 330
- YAZLLE (F.) 331

Imprimerie DARDELET et Cie
22, Rue René-Thomas
Grenoble

